

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Karolína Slezáková

Suicidalita u mladých dospělých s homosexuální orientací

Suicidality in young adults with homosexual orientation

Praha 2020

Vedoucí práce: Ph.Dr., Katarína Loneková, Ph. D.

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala PhDr. Kataríně Lonekové, Ph.D. za odborné vedení této práce, konkrétně za ochotu, laskavost, trpělivost a podnětné připomínky. Dále děkuji RNDr. Michalovi Pitoňákovi, Ph.D., spolku Charlie Univerzity Karlovy a organizaci STUD za ochotu a spolupráci během sběru dat.

Rovněž bych ráda poděkovala všem respondentům, kteří se zapojili do výzkumného projektu.

Děkuji svým kamarádům a partnerovi za věcné připomínky, a hlavně za podporu, bez které bych tuto práci nemohla dokončit. Současně děkuji své rodině, která mě podporuje v průběhu celého studia.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

✓ Praha dne 7. 12. 2020

.....
Bc. Karolína Slezáková

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá tématem suicidality v mladší dospělosti u jedinců s homosexuální orientací. Teoretická část práce je, kromě vymezení základních pojmů a konceptů, zaměřena na sebevražedné chování v kontextu homosexuálně orientovaných mladých dospělých. Pozornost je věnována i obecným rizikovým faktorům i specifickým faktorům pro homosexuální subpopulaci. Dále jsou zmíněny obecné protektivní faktory a preventivní opatření suicidality a zároveň jsou rozebrány i faktory a opatření specifické pro homosexuální subpopulaci. Závěrečná kapitola teoretické části se zabývá procesem vyhodnocení suicidálního rizika. Empirická část diplomové práce popisuje realizovaný výzkumný projekt, jehož hlavním cílem bylo ověřit, zda homosexuálně orientovaní mladí dospělí vykazují signifikantně vyšší suicidální riziko ve srovnání s jejich heterosexuálními vrstevníky. Pro získání potřebných dat byly využity metody SBQ-R, MSPSS a MSS a vzhledem k pandemické situaci COVID-19 v ČR byl sběr dat realizován online. Výběrový soubor se skládal ze 194 respondentů, ve věku 19 až 29 let. Testování hypotéz bylo provedeno pomocí Welchova t-testu nebo korelační analýzy. Na základě získaných dat bylo zjištěno, že homosexuální mladí dospělí vykazují významně vyšší suicidální riziko v porovnání s heterosexuálními vrstevníky. Výsledky poukazují na to, že se jedná o rizikovou skupinu z hlediska rozvoje suicidálního chování a je nutné, aby byla vytvořena konkrétní preventivní opatření právě pro tuto skupinu populace.

Klíčová slova

Suicidalita, sebevražedné chování, mladá dospělost, homosexualita, homosexuální orientace

Abstract

The diploma thesis deals with the topic of suicidality in emerging adulthood of same-sex-oriented individuals. In addition to the definition of basic concepts, the theoretical part of the thesis focuses on suicidal behavior in the context of same-sex-oriented young adults. Attention is also focused on general risk factors as well as specific factors for the homosexual subpopulation. Furthermore, there are also mentioned general protective factors and preventive measures of suicidality, as well as factors and measures specific to the same-sex-oriented subpopulation. The empirical part of the diploma thesis describes the realization of research project the main aim of which was to verify whether same-sex-oriented young adults show a significantly higher suicidal risk compared to their opposite-sex-oriented peers. The SBQ-R, MSPSS and MSS methods were used to obtain the necessary data and due to the pandemic situation of COVID-19 in the Czech Republic, the data collection was administrated online. The sample consisted of 194 participants, aged 19 to 29 years. Hypotheses were tested using Welch's t-test or correlation analysis. Based on the obtained data, it was found that the same-sex-oriented young adults have a significantly higher suicidal risk compared to their opposite-sex-oriented peers. The results indicate that this is a risk group in terms of the development of suicidal behavior and it is necessary that specific preventive measures be developed for this group of the population.

Keywords

Suicidality, suicidal behavior, emerging adulthood, homosexuality, same-sex orientation

Obsah

Úvod	9
Teoretická část.....	12
1. Vymezení základních pojmů a konceptů.....	12
1.1 Suicidalita	12
1.2 Mladá dospělost.....	14
1.2.1 Suicidalita v kontextu mladé dospělosti	15
1.3 Homosexuální orientace.....	17
1.3.1 Teorie menšinového stresu	19
1.3.2 Suicidalita v kontextu homosexuální orientace	22
2. Rizikové faktory	28
2.1 Obecné rizikové faktory	29
2.2 Specifické rizikové faktory v rámci homosexuální populace	35
3. Protektivní faktory a prevence suicidality.....	42
3.1 Protektivní faktory a prevence suicidality u osob s homosexuální orientací.....	46
4. Vyhodnocení suicidálního rizika	56
Výzkumná část.....	60
5. Výzkumný cíl	60
5.1 Výzkumné hypotézy.....	60
5.2 Operacionalizace proměnných	61
6. Design výzkumného projektu.....	63
6.1 Typ výzkumu.....	63
6.2 Metody získávání dat.....	63
6.2.1 Suicide Behaviors Questionnaire – Revised (SBQ-R).....	64
6.2.2 Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)	65
6.2.3 Minority Stress Scale (MSS)	65

6.3	Etika výzkumu	68
6.4	Pilotáž.....	69
6.5	Popis sběru dat a jeho průběh	69
6.6	Metody zpracování a analýzy dat	70
6.7	Power analýza.....	70
7.	Výzkumný soubor.....	72
7.1	Kritéria pro zařazení participantů z výzkumného souboru.....	72
7.2	Sociodemografické charakteristiky výzkumného souboru	72
8.	Výsledky	78
9.	Diskuse	81
	Závěr	89
	Seznam použité literatury.....	90
	Seznam grafů	110
	Seznam obrázků	111
	Seznam tabulek.....	112
	Seznam zkratk.....	113
	Seznam příloh.....	I
	Příloha I – Přehled LGBTQ+ organizací, spolků aj. a odborné a krizové psychologické pomoci	II
	Příloha II – Testová baterie výzkumného projektu	IV
	Příloha III – Informační leták pro respondenty	XIII
	Příloha IV – Suicide Behaviors Questionnaire – revised (SBQ-R), původní (anglická) verze	XIV
	Příloha V – Suicide Behaviors Questionnaire – revised (SBQ-R), Dotazník sebevražedného chování, český překlad.....	XV
	Příloha VI – Multidimensional Scale of Percieved Social Support (MSPSS), původní (anglická) verze.....	XVI
	Příloha VII – Multidimensional Scale of Percieved Social Support (MSPSS), Multidimenzionální škála vnímané sociální podpory, český překlad.....	XVII

Příloha VIII – Minority Stress Scale (MSS), položky anglické verze.....	XVIII
Příloha IX – Minority Stress Scale (MSS), Škála menšinového stresu, český překlad.....	XX
Příloha X – Text pro oslovení organizací při sběru dat a text pro sdílení výzkumného projektu	XXII
Příloha XI – Četnost jednotlivých onemocnění respondentů ve výzkumném souboru	XXIII
Příloha XII – Sociodemografické charakteristiky podrobně; heterosexuální a homosexuální podsoubor.....	XXIV
Příloha XIII – Grafické zobrazení výsledků jednotlivých hypotéz	XXV

Úvod

Tato diplomová práce se věnuje problematice sebevraždy u mladých homosexuálně orientovaných dospělých. V České republice se této problematice nevěnuje mnoho odborníků, přestože se jedná o téma, které má potenciál zachraňovat lidské životy a zvýšit povědomí o úskalích života s ne-heterosexuální orientací. Samotné téma sebevraždy je ve společnosti stále tabuizované a stále mu není věnována dostatečná pozornost. Podle dostupných informací Světové zdravotnické organizace je sebevražda ve věku 15 až 29 let (tedy i v mladém dospělosti) druhou nejčastější příčinou úmrtí. Sebevražda je vždy nešťastnou událostí bez ohledu na věk, pohlaví nebo sexuální orientaci. Jedná se o čin, který v případě úspěšného dokonání nelze vzít zpět, ale v některých případech by se mu snad dalo předejít, a to za pomoci preventivních opatření, včasné identifikace suicidálního rizika a adekvátní intervence. Je důležité osobám, které zvažují ukončení vlastního života, natáhnout pomyslnou pomocnou ruku, záchranné lano, kterého se budou moci chytit v čase, kdy jim bude nejhůř.

Suicidalita ve spojení s ne-heterosexuální orientací je velmi aktuálním tématem zahraničního výzkumu zaměřeného na LGBTQ+ problematiku a osobně toto téma považuji v České republice za opomíjené, přestože je velmi důležité. Mladí dospělí s homosexuální orientací se často musejí vypořádávat se stresory a životními okolnostmi, se kterými se heterosexuální vrstevníci vypořádávat nemusí. Příkladem může být například diskriminace ve službách nebo obecně ve veřejném prostoru (např.: verbální urážky LGBTQ+ osob aj.), nebo třeba nemožnost darovat krev u homosexuálních mužů. Byť už homosexualita oficiálně není považovaná za „nemoc“ či „diagnózu“, stále je v některých státech světa považována za trestný čin a ve většině států světa není těmto osobám umožněno uzavřít manželství nebo adoptovat děti. V sousedním Polsku existují zóny, kam osoby s ne-heterosexuální orientací nesmějí vstoupit a církve usiluje o léčbu těchto osob. V České republice sice není situace tak kritická, k dekriminaci homosexuální orientace došlo již v 60. letech minulého století a byli jsme v tomto ohledu poměrně progresivní stát. V současnosti v Česku sice existují zákony, které zamezují diskriminaci na základě sexuální orientace na pracovišti, tyto ale většinou pouze zapracovávají předpisy Evropské unie a často bývají velice obecné a vágní (např. zákon č. 198/2009 Sb., antidiskriminační zákon, se této problematice věnuje jen okrajově). Neexistuje ústavní zákon, který by plošně zamezoval diskriminaci na základě sexuální orientace, jako je tomu například v Portugalsku od roku 2004. Od roku 2006 je možné v Česku uzavřít pouze registrované partnerství, které není totožné s manželstvím, a přestože již před zhruba 2 a půl lety byla předložena novela zákona o manželství stále, nebyla našimi politiky

projednána a případně schválena. Adopce dětí v rámci homosexuálního páru u nás také stále není možná. Díky tomu mnoho homosexuálních párů ani neuvažuje o tom, že by kdy mohli mít děti, což je smutný fakt. Podle výzkumu postoje veřejnosti vůči LGBTQ+ z roku 2018 tři čtvrtiny dotázaných LGBTQ+ osob stále vnímá, že jsou diskriminovanou společenskou skupinou, v rámci heterosexuálních respondentů tento problém vnímala pouze jedna třetina z nich. Tyto výsledky naznačují, že česká společnost se mylně domnívá, že jsme vůči této subpopulaci tolerantní a otevření, že nedochází k její diskriminaci, ale realita a zkušenosti LGBTQ+ osob jsou odlišné. Kromě toho se mnoho homosexuálně orientovaných mladých lidí musí vypořádat s odhalením své menšinové orientace, které může být spojeno s odmítnutím ze strany rodiny i přátel, což je velmi obtížná životní situace. Nebo se naopak usilovně snaží svou sexuální orientaci utajovat, což také nepřispívá jejich dobrému duševnímu zdraví.

Všechny tyto výše zmíněné okolnosti a další potíže, se kterými se specificky vypořádávají ne-heterosexuálové, rozhodně nepřispívají k vyšší psychické pohodě a životní spokojenosti, ale právě naopak může mít za následek i rozvoj suicidálního chování. Zahraniční studie zaměřené na toto téma ukazují, že sexuální orientace se jeví jako rizikový faktor suicidality. Jelikož situace v České republice pro homosexuály (a celou LGBTQ+ komunitu) stále není ideální, domnívám se, že i u nás bude tato subpopulace vykazovat vyšší riziko sebevraždy než heterosexuálně orientovaní mladí dospělí. Zároveň je identifikace rizikových faktorů klíčová pro správné nastavení prevence sebevražednosti, která v současnosti pro LGBTQ+ komunitu v Česku v podstatě neexistuje.

Práce je klasicky rozdělena na úvod, teoretickou a výzkumnou část, diskusi a závěr. Teoretická část je rozčleněna na čtyř kapitoly, které souvisejí se suicidalitou u homosexuálních mladých dospělých.

V rámci první kapitoly je definována suicidalita a jednotlivé formy suicidálního chování. V práci se nevěnuji např.: historickým pohledům na sebevražednost, mýtům o sebevraždě nebo jednotlivým teoriím sebevražednosti, jelikož věřím, že tato témata byla již zpracována v jiných diplomových pracích (např.: Bláha, 2010; Dobiášovský, 2016). Dále se v této kapitole věnuji vymezení mladé dospělosti a sebevražednosti v kontextu tohoto životního období a zároveň definuji homosexuální orientaci a stručně popisují vývoj postavení homosexuality v České republice. Součástí je i podkapitola, která se orientuje na teorii menšinového stresu dle Meyera, která částečně vysvětluje vyšší riziko rozvoje suicidálního chování u této sexuální menšiny. Poslední podkapitola této části práce věnuje pozornost přímo suicidalitě homosexuálně orientovaných dospělých ve srovnání s heterosexuální populací. Sebevražedné chování je zasazeno do kontextu teorie menšinového stresu a společenských aspektů (např.: legislativa, názor veřejnosti aj.), které mohou nepřímou přispívat k rozvoji sebevražedného chování této skupiny populace.

Druhá kapitola je rozdělena na dvě podkapitoly a věnuje se jak obecným rizikovým faktorům sebevraždy, které jsou charakteristické pro celou populaci, tak specifickým rizikovým faktorům, se kterými se případně potýká pouze homosexuální, či celá LGBTQ+ subpopulace společnosti.

Ve třetí kapitole je představena problematika prevence suicidality a protektivních faktorů. V kapitole je uveden stručný přehled obecných protektivních faktorů sebevraždy, společně s obecnými preventivními opatřeními a uvedeny jsou i konkrétními intervenční služby. Hlavní část této kapitoly se věnuje specifickým protektivním faktorům suicidality u homosexuálně orientované subpopulace a preventivním doporučením vztahujícím se k této skupině obyvatelstva. Uvedeny jsou i konkrétní LGBTQ+ organizace, které mohou částečně sloužit jako prevence.

Poslední kapitola se orientuje na proces vyhodnocení suicidálního rizika, na klíčové oblasti a varovné signály při hodnocení suicidality klienta a kdy je nutné takového klienta hospitalizovat. Zároveň je uveden i stručný výčet a zhodnocení diagnostických metod, které lze v tomto ohledu použít.

Výzkumná část práce se věnuje kvantitativní studii, jejíž cílem je zjistit, zda existuje rozdíl v suicidálním riziku mezi mladými heterosexuálně orientovanými dospělými a mladými homosexuálně orientovanými dospělými v českém prostředí. Dále se výzkumný projekt zaměřil na vztah mezi suicidálním rizikem, sociální podporou, menšinovým stresem a očekáváním diskriminace ze strany rodiny. Stanovené hypotézy byly ověřeny na vzorku mladých dospělých ve věku 19 až 29 let s heterosexuální nebo homosexuální orientací. Výzkumná část práce je rozdělena na několik částí, obsahuje definování výzkumného cíle a hypotézy, operacionalizaci proměnných, designu studie, včetně použitých metod, popisu sběru dat, etiky a analýzy dat. Dále je popsán výzkumný vzorek a konečně i výsledky výzkumného šetření společně, které jsou diskutovány včetně limitů provedené studie.

Práce užívá pojmy suicidální/sebevraždový, sebevražda/suicidium, homosexuální/ne-heterosexuální jako synonyma, pokud není uvedeno jinak. Práce vychází z aktuálních českých i zahraničních zdrojů, s převahou těch zahraničních. Výběr a limity literatury jsou diskutovány. V práci je citováno podle normy American Psychological Association [APA] 7. edice (2019).

Teoretická část

1. Vymezení základních pojmů a konceptů

V rámci kapitoly jsou definovány základní pojmy, které se v práci objevují. Zároveň je vzhledem k tématu této práce popsána suicidalita v kontextu mladé dospělosti i homosexuální orientace. Představena je i teorie menšinového stresu, která souvisí s rizikovými faktory a sebevražedností u ne-heterosexuální populace. Konkrétní rizikové faktory, jak pro obecnou populaci, tak přímo pro homosexuální subpopulaci, jsou uvedeny v další části práce (kapitola 2. Rizikové faktory).

1.1 Suicidalita

Podle Světové zdravotnické organizace (dále WHO) dojde každých 40 vteřin k sebevraždě, což je zhruba 800 000 úmrtí ročně (WHO, 2014). V současnosti WHO (2018), na základě dat z roku 2016, uvádí celosvětovou míru sebevražednosti (suicide rate) 10,6 úmrtí na 100 000 obyvatel pro muže i ženy (což je zhruba 1,4 % všech úmrtí ročně, kdy u mužů (15,4) je tato míra asi dvojnásobně vyšší než u žen (7,7), přičemž v Evropě se tato hodnota pohybuje nad světovým průměrem – 15,4 na 100 000 obyvatel, čímž se Evropa řadí do nejvíce rizikové skupiny z hlediska sebevražednosti. Bohužel i v rámci České republiky se tato míra nachází nad světovým průměrem (13,1 na 100 000 obyvatel), avšak stále pod evropským průměrem (WHO, 2018). Sebevražda je jedním z nejdiskutovanějších celosvětových fenoménů a týká se nemalé části dnešní populace. Většinu dokonaných sebevražd předchází jeden nebo více sebevražedných pokusů, které jsou pravděpodobně i jedním z nejsilnějších rizikových faktorů pro tento čin (viz kapitola 2. Rizikové faktory). Přestože existují různá doporučení a preventivní opatření týkající se sebevraždy a sebevražedného chování, je nutné věnovat této problematice pozornost i nadále a hledat další možné příčiny a protektivní faktory.

Suicidalita neboli sebevražedné chování či jednání, označuje škálu chování, která obsahuje sebevražedné myšlenky a fantazie, plánování sebevraždy, sebevražedný pokus i samotnou dokonanou sebevraždu (WHO, 2014). Nedá se ovšem říct, že tato definice je obecně přijímaná všemi odborníky, jelikož různí autoři do suicidálního chování zahrnují různé formy tohoto chování. Například Nock et al. (2008a) do suicidálního chování nezahrnují přímo akt sebevraždy, ale pouze sebevražedné myšlenky, plánování a pokusy. Crosby et al. (2011) klasifikují sebevražedné chování pod tzv. self-injurious behavior (sebezraňující chování). Do tohoto chování lze zařadit sebepoškozování, u kterého chybí úmysl zemřít, neurčené sebezraňující chování, u kterého nelze přesně identifikovat, zda byl přítomen úmysl zemřít či nikoliv, a suicidální chování, do kterého lze

zahrnout přípravu a plánování sebevraždy, nezdařený suicidální pokus (z vlastní vůle i někým/něčím jiným) a dokonanou sebevraždou (Crosby et al., 2011). Dle některých autorů (např.: Heeringen, 2001; Praško, 2006) lze na suicidální chování nahlížet také jako na symptom psychiatrických onemocnění (například suicidální chování bývá uváděno jako symptom u deprese nebo hraniční poruchy osobnosti), i jako symptom vznikající v souvislosti s prožívanou krizí člověka nebo současně také můžeme zvlášť vyčlenit suicidální syndrom jako takový. Přes výše uvedenou nejednotnost se ale většina autorů shoduje v tom, že sebevražedné chování je proces či vývoj, který má určitou chronologickou posloupnost – od sebevražedných myšlenek a tendencí, přes plánování až k sebevražednému pokusu, který může skončit dokonanou sebevraždou (Baštecká, 2003; Koutek & Kocourková, 2007; Nock et al., 2008a; Praško, 2006).

Pro účely této práce budu vycházet z výše uvedené definice suicidality od WHO a pro úplné terminologické ujasnění uvádím i definice dalších pojmů, které byly zmíněny výše. Jedná se především o různé formy suicidálního chování a pojmy, které s nimi souvisí.

Sebevražednými myšlenkami lze obecně mínit myšlenky zaměřené na ukončení vlastního života (Nock et al., 2008a; Žírková, 2015). Z počátku většinou nemají specifický obsah, postupně však mohou nabývat konkrétních detailů (např.: místo, způsob sebevraždy aj.) až do podoby představ (Baštecká, 2003). Je důležité určit intenzitu těchto myšlenek, aby mohly být správně odlišeny od myšlenek na sebevraždou, která se občas objeví v mysli většiny lidí. Dle Koutka a Kocourkové (2007) jsou sebevražedné myšlenky zároveň těžko odklonitelné a podstatný je právě i jejich konkrétní obsah. Tyto myšlenky mohou být prvním indikátorem pro rozvoj dalších závažnějších forem suicidálního chování, je proto velmi důležité věnovat jim pozornost při práci s klienty.

Dalším stupněm, který může nastat, po sebevražedných myšlenkách, jsou tzv. **sebevražedné tendence**, kdy dotyčný pocítuje ambivalentní postoj, zvažuje všechna pro a proti, rozhoduje se, zda skutečně ukončí svůj vlastní život či nikoliv (Žírková, 2015). Dle autorky může v tomto období dotyčný vyhledat pomoc okolí nebo odbornou pomoc (např.: krizová centra či linky) a může dojít k oslabení suicidálního chování. Pokud však dojde k převaze tzv. autodestruktivních tendencí, jedinec dochází k rozhodnutí pro realizaci sebevraždy a toto období je u konce (Žírková, 2015).

Pokud se jedinec opravdu rozhodne pro realizaci suicidia, nastává fáze **plánování sebevraždy**, kterou můžeme definovat jako období, kdy jedinec uvažuje a plánuje, jakým způsobem, kdy a kde sebevraždou zrealizuje (Nock et al., 2008a; Žírková, 2015), a zároveň se snaží obstarat si potřebné nástroje (např.: léky nebo zbraň) nebo informace (např.: jízdní řády vlaků, pokud se rozhodl pro sebevraždou skokem pod jedoucí vlak). Během této fáze může paradoxně dojít k velkému zklidnění,

které na okolí může působit jako zlepšení dosavadního stavu dotyčného (Žirková, 2015). Po této fázi většinou dochází k uskutečnění aktu sebevraždy, který může vyústit buď v nedokonanou sebevraždu čili sebevražedný pokus, nebo v dokonanou sebevraždu.

Sebevražedný pokus (tzv. tentamen suicidii – TS), lze popsat jako akt, kdy se jedinec pokusil záměrně ukončit svůj život bez letálních důsledků (Hosák, 2015; Nock et al., 2008a).

Za sebevraždu neboli **suicidium**, lze označit čin, kdy jedinec úmyslně a vědomě ukončí vlastní život (Hosák, 2015; Látalová et al., 2015; WHO, 2014). Sebevražda může být také definována jako porucha pudu (Pavlovský, 2012). Odborná literatura vymezuje několik typů sebevražd – *demonstrativní* (tzv. *parasuicidium*), u které není cílem zemřít, ale spíše upoutat pozornost na sebe; *bilanční*, kdy je jedinec plně rozhodnut ukončit vlastní život, jelikož se nachází v náročné životní situaci, ze které nenalézá jiné východisko; případně také *rozšířenou*, kdy dotyčný neukončí pouze vlastní život, ale i životy dalších osob a mezi těmito osobami je vzájemný vztah (např.: sebevražda partnerů, matky a dítěte apod.); či *bromadnou* (také tzv. *sebevražedná dohoda*), u které dochází k ukončení života větší skupiny osob (např.: v rámci sekty) (Baštecká, 2003; Hosák, 2015; Pavlovský, 2012).

Jiným dělením sebevraždy může být rozdělení na základě motivu k aktu sebevraždy, a to na: *biickou*, kdy motiv vychází z vnější reality, a na *patickou*, kdy motiv vychází z psychopatologie jedince (např.: deprese, schizofrenie, poruchy osobnosti, posttraumatická stresová porucha aj.) (Praško, 2006). Od sebevraždy je nutné odlišit pojem sebezabití a sebeobětování. Za sebezabití můžeme považovat ukončení vlastního života bez vědomého úmyslu vzít si život (např.: vlivem halucinací, ve zmatenosti, atp.) (Hosák, 2015). O sebeobětování hovoříme tehdy, když dotyčný ukončí svůj život ve prospěch společnosti či někoho jiného (např.: upálení Jana Palacha v roce 1968) (Hosák, 2015).

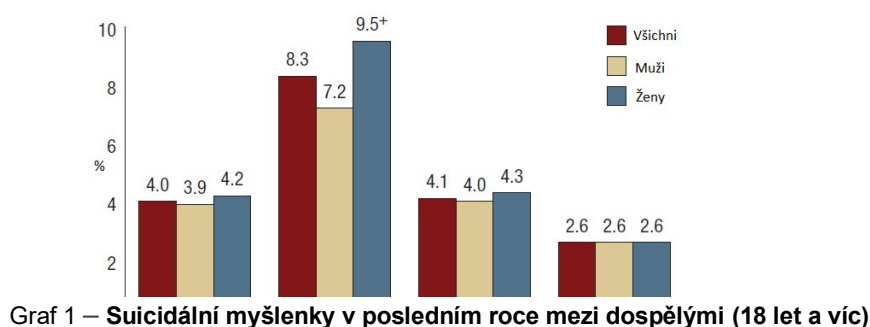
1.2 Mladá dospělost

Mladou dospělost, nazývanou též jako časnou, ranou nebo „vynořující se“ (tzv. emerging adulthood), lze definovat jako období mezi 20. až 30. rokem života, případně jako první polovinu dvacátých let života (Langmeier & Krejčířová, 2006; Říčan, 2004). Příhoda (1983) nazývá toto období „mecítma“ a periodizuje ho stejně, tedy mezi 20. až 30. rokem života. Z hlediska evolučních změn již nedochází k výrazným změnám biologického vývoje, na druhé straně kognitivní vývoj stále probíhá i během časně dospělosti (např.: dosažení stádia postformálního myšlení, rozvoj metakognice aj.) a dochází též k harmonizaci a stabilizaci emočního prožívání i emoční regulace (Říčan, 2004; Vágnerová, 2007).

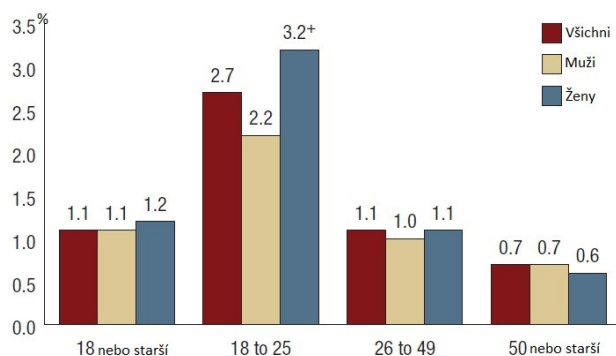
Definovat období, kdy začíná dospělost, je poměrně náročné, jelikož jedno z kritérií dosažení dospělosti je zralost, kterou lze vymezit z různých úhlů pohledu a zároveň se jedná o velmi individuální proměnnou během vývoje jedince. Základním znakem zralosti je překonání rozporu dětství a dospívání, dále také rozvinutí a sladění pracovního života a volnočasových aktivit nebo přijetí zodpovědnosti za vlastní činy (Langmeier & Krejčířová, 2006). Za zralého člověka můžeme pokládat jedince, který dosáhl také například občanské i osobní zodpovědnosti, ekonomické nezávislosti, nebo který žije v dlouhodobém vztahu s životním partnerem (Langmeier & Krejčířová, 2006). Za další významné milníky (mladé) dospělosti lze považovat i odchod z domova rodičů, uzavření manželství nebo zplození dítěte/děti a další (Vágnerová, 2007). Havighurst (1972) v rámci své teorie vývojových úkolů definoval úkoly i pro toto období a zařadil mezi ně: najít si partnera, naučit se žít s partnerem/manželem/manželkou, vstoupit do manželství, založit rodinu a vychovávat děti, vytvořit si domov a naučit se vést domácnost, nastoupit do zaměstnání, přijmout občanskou odpovědnost a začlenit se do vyhovující sociální skupiny (případně skupin). Přestože autoři uvádějí věkové rozmezí mladé dospělosti mezi 20. – 30. rokem, nelze s jistotou tvrdit, že v těchto letech dochází (či dojde) ke zmíněným důležitým životním událostem či úkolům a je tudíž obtížné určit, kdy se stává člověk dospělým a zralým. Ještě v minulém století se společnost poměrně shodovala na tom, kdy by měl mladý člověk například uzavřít sňatek aj. Dle Langmeiera & Krejčířové (2006) v současnosti již ale k tak velké shodě ve společnosti nedochází, prodlužuje se proces individuace a zároveň roste tlak na připravenost mladých lidí převzít role dospělého. Na druhé straně autoři uvádějí, že je dnešní doba více tolerantní k individuálnímu vývoji mladých jedinců (např.: možnost kombinovat studium a práci, oddálení manželství i dětí aj.) než dříve.

1.2.1 Suicidalita v kontextu mladé dospělosti

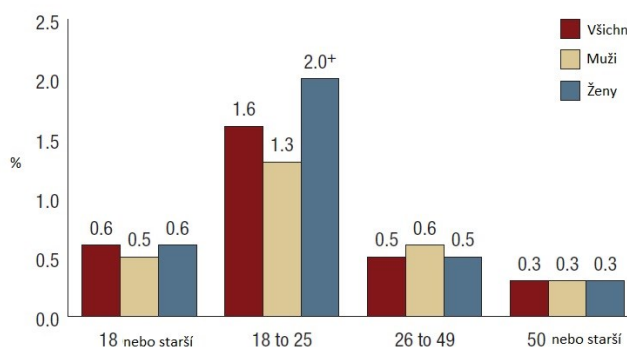
Období mladé dospělosti s sebou přináší mnoho významných životních událostí (viz 1.2 Mladá dospělost), které mohou být často velmi stresující, a mladý člověk se může cítit pod tlakem okolí. Zároveň se jedná o období, kdy si jedinec musí osvojit celou řadu nových dovedností, úkolů a rolí (Langmeier & Krejčířová, 2006). Tyto události mohou přispívat, společně s dalšími faktory,



k rozvoji sebevražedného chování v tomto věku. Studie Piscopové et al. (2016), zaměřená na tuto problematiku v rámci dospělé populace v USA ve věku od 18 let, uvádí, že období mezi 18. až 25. rokem je velmi rizikovým z hlediska rozvoje sebevražedných myšlenek, plánů i sebevražedných pokusů (viz grafy 1, 2 a 3 níže).



Graf 2 – Suicidální plány v posledním roce mezi dospělými (18 let a víc)



Graf 3 – Suicidální pokusy v posledním roce mezi dospělými (18 let a víc)

Výsledky také ukazují, že rizikovější skupinou se z hlediska sebevražedných myšlenek, plánů i pokusů jeví ženy v porovnání s muži (National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention [NCHHSTP], 2018; Piscopo et al., 2016), přestože dokonanou sebevraždou uskuteční častěji muži než ženy (Český statistický úřad, n.d.; Látalová et al., 2015; WHO, 2016). Dle dat National Centre for Injury Prevention and Control [CDC] (2017), je v USA sebevražda druhá nejčastější příčina úmrtí u osob ve věku 15 až 34 let. I data WHO ukazují, že sebevražda je celosvětově druhou nejčastější příčinou smrti ve věku 15 až 29 let (WHO, 2014). Stejný trend ve věku 15–24 let ukazují i data ČSÚ (2019), byť je sebevražednost oproti jiným věkovým etapám nízká, stále se jedná o druhou nejčastější příčinu úmrtí v adolescenci i mladší dospělosti. Nejčastější příčinou úmrtí v tomto věku je dle CDC (2017) i ČSÚ (2019) nehoda (např.: autonehody, srážka chodce s vozidlem nebo nechtěné otrávení se).

Na základě výše uvedených informací lze období mladé dospělosti (bez ohledu na sexuální orientaci) považovat za rizikové z hlediska rozvoje sebevražedného chování. Věk ale není jediným

faktorem, který přispívá k rozvoji tohoto chování. Suicidální chování je ovlivněno vícero okolnostmi, které jsou rozebrány v dalších částech této práce.

1.3 Homosexuální orientace

Obecně lze sexuální orientaci vymezit jako celoživotní a neměnnou, emoční a erotickou preferenci osob určitého pohlaví, kdy tato preference není zvoleným stavem jedince (je biologicky podmíněna) (APA, 2008; Procházka, 2010a). Dle Procházky (2010a) souvisí sexuální orientace s utvářením sexuální identity (kterou lze rozdělit na heterosexuální, homosexuální a bisexuální), a zároveň se sexuálním chováním. Homosexuální orientaci bychom tedy mohli definovat jako preferenci pohlaví, stejného jako má nositel této preference.

Homosexuální orientace je ve většině společností menšinová (cca 1–10 % populace ve světě), například v České republice se odhady pohybují mezi 1 až 5 % (Procházka, 2010a). V práci uvádím termíny jako „gay“ či „gayové“, čímž mám na mysli homosexuální muže, a „lesba“ nebo „lesby“, což je označení pro homosexuální ženy. Případně používám také zkratku LG (ze zkratky LGBTQ+), která označuje lesby a gaye dohromady, nebo označení „ne-heterosexuální“ osoby. Současné v některých souvislostech využívám i přímo celou zkratku LGBTQ+. Tyto termíny jsou v zahraniční i české odborné literatuře používány zcela běžně a nepovažuji je za nijak vulgární ani negativně laděné.

Je důležité uvést i stručný průřez historickým vnímáním a postavením homosexuality společně s nastíněním současné situace, jelikož společenská atmosféra zasahuje i do systému sebepojetí jednotlivců a například negativní názory společnosti na homosexuály mohou vést k internalizované homonegativitě (viz 2.2 Specifické rizikové faktory v rámci homosexuální populace), která ovlivňuje duševní zdraví homosexuálních osob. Homosexuální orientace se může jevit jako moderní fenomén, ale homosexualita byla zaznamenávána napříč historií už od doby starověkého Řecka (Zive, n.d.). Pohled a přístup k homosexualitě se v průběhu historie měnil od přijetí homosexuality jako součásti života, přes toleranci až k zavržení homosexuálů, jejich trestání a označení homosexuality za trestný čin (více v Zive, n.d.). První zemí, která přestala homosexualitu posuzovat jako trestný čin, byla napoleonská Francie na počátku 18. století (Procházka, 2010a). V českých zemích byla homosexualita posuzována dle trestního zákona ze dne 27. 5. 1852 (trestní zákon o zločinech, přečinech a přestupcích, konkrétně § 129 Zločiny smilstva), který homosexualitu považoval za trestný čin (až na období vlády Josefa II., kdy byla vnímána „pouze“ jako přestupek) a tento zákon později převzala i první Československá republika (Procházka, 2010a). Již ve 30. letech 20. století se v Československu objevovaly tendence ke zrušení trestnosti homosexuality, které ale přerušil příchod nacistického Německa a posléze nástup komunistického

režimu v naší zemi a s ním i tabuizace homosexuálů (Pitoňák, 2016). Během 50. let se v ČSSR vědci z oblasti sexuologie a psychiatrie intenzivně věnovali pokusům o „léčbu“ homosexuality (např.: averzivní terapie K. Freunda), což paradoxně vedlo k prokázání neléčitelnosti a přirozenosti sexuální orientace, což významně přispělo k celosvětovým poznatkům v sexuologii (Pitoňák, 2016). V roce 1961 v ČSSR dochází k dekriminálnímu styku od 18 let, čímž se Československo stalo jednou z prvních zemí Evropy, která tento krok učinila. I tak ale stále docházelo k útlaku této menšiny ze strany StB (Pitoňák, 2016; Procházka, 2010a). I přesto byla hranice pro homosexuální styk o 3 roky vyšší než pro heterosexuální styk (15 let). Postupně k dekriminálnímu homosexuality docházelo v dalších západních zemích (např.: Východním Německu – 1968 nebo Velké Británii – 1981), v roce 1973 byla homosexualita jako oficiální diagnóza vyškrtnuta z Diagnostického a Statistického Manuálu mentálních poruch (DSM III), a po celosvětové pandemii HIV/AIDS v 80. letech došlo v ČSSR konečně k prolomení komunistické tabuizace homosexuality a na veřejnost se začaly dostávat informace o homosexuálech (Pitoňák, 2016). Přestože homosexualita jako diagnóza byla zrušena, stále v diagnostických manuálech zůstala diagnóza „egodystonní sexualita“ (stav, kdy jedinec není se svou sexualitou smířen). Tato diagnóza byla v roce 1987 vyškrtnuta ze třetí revidované verze DSM, ale v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN)¹ zůstává až do aktuální verze MKN-10, což dává prostor pro případnou újmu LGBTQ+ osob (Pitoňák, 2017b). Drescher (2015) uvádí, že v nově připravované MKN-11 by diagnóza egodystonní orientace měla být konečně vyškrtnuta. V roce 1990 vzniká Sdružení organizací homosexuálních občanů v ČR a vlivem aktivismu této skupiny došlo ke snížení legální věkové hranice pro homosexuální styk na 15 let (z 18 let, což je stejná hranice i pro heterosexuály), ve stejném roce také WHO plně uznává, že homosexualita není duševní chorobou a musí být vyškrtnuta ze seznamu duševních onemocnění (ČR tento krok učinila v roce 1993) (Pitoňák, 2016). V roce 2001 vstoupil v platnost zákon zakazující diskriminaci na pracovišti na základě sexuální orientace a v roce 2006 přijala ČR zákon o registrovaném partnerství (zákon č. 115/2006 Sb., o registrovaném partnerství a o změně některých souvisejících zákonů), který obsahoval paragraf (konkrétně § 13 odst. 2) zakazující registrovanému partnerovi požádat o individuální adopci (na což má v případě heterosexuálního sňatku právo každý způsobilý občan) – tento paragraf byl v roce 2016 uznán Ústavním soudem za protiústavní (Pitoňák, 2016; Procházka, 2010a). Přestože Česká republika i Československo se k homosexualitě staví a stavěli velmi liberálně a byly učiněny důležité legislativní kroky, které vedly a vedou ke zlepšení kvality života LGBTQ+ komunity, v současnosti stále existují legislativní překážky (i společenské postoje a stereotypy), které homosexuálním pářům

¹ Česká akademická i odborná obec více užívá a preferuje příručku MKN, přestože DSM je také uznávanou příručkou (Pitoňák, 2017b).

neumožňují žít v rovnocenných podmínkách s heterosexuálními páry (např.: homosexuálové stále nemohou děti adoptovat, ani osvojit partnerovo dítě nebo uzavřít sňatek rovnocenný s heterosexuálním manželstvím). Tyto okolnosti mohou mít negativní dopad na duševní zdraví těchto jedinců (viz dále).

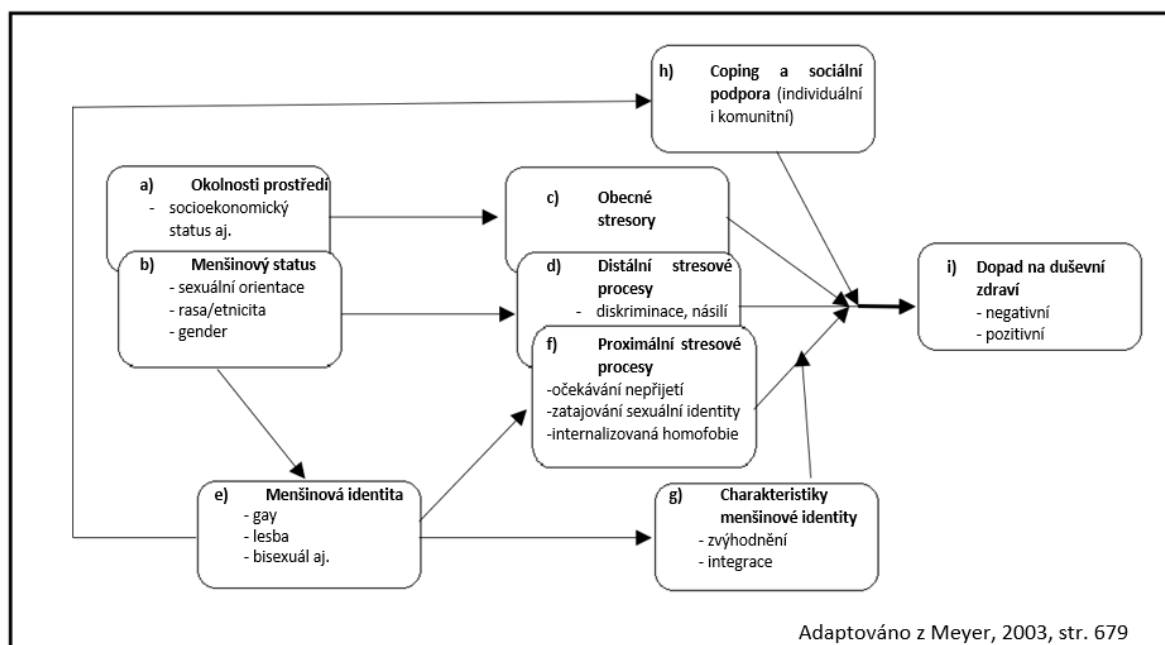
1.3.1 Teorie menšinového stresu

V souvislosti s ne-heterosexuální orientací a duševním zdravím je v odborné literatuře zmiňována tzv. teorie menšinového stresu. Některé uvedené specifické rizikové faktory (viz kapitola 2.2 Specifické faktory v rámci homosexuální populace) pramení ze společného jmenovatele, a to ze stresu spojeného s faktem, že dotyčný je součástí sexuální minority (v případě této práce homosexuální), která je ve společnosti stále stigmatizována. V odborné literatuře se používá označení „gay-related stress“ nebo „minority stress“ (menšinový stres). Meyer (2003) v této souvislosti hovoří o tzv. sociálním stresu, který se rozvíjí na základě charakteristik našeho sociálního prostředí a eventuálně může mít negativní dopad na duševní i fyzické zdraví. Dle autora lze tedy předpokládat, že sociální stres bude mít dopad hlavně na stigmatizované sociální skupiny, mezi které lze zařadit i LGBTQ+. V souvislosti s LGBTQ+ a sociálním stresem lze hovořit o tzv. teorii menšinového stresu (neboli minority stress theory, dále jen MST), která v současnosti poskytuje asi nejucelenější výklad, jak menšinový stres celkově ovlivňuje zdraví ne-heterosexuálů (Pitoňák, 2017a) i jiných minoritních skupin. Meyer (2003, str. 675) definuje menšinový stres jako „nadměrný stres, kterému jsou jednotlivci ze stigmatizovaných sociálních skupin vystavováni v důsledku jejich sociálního (menšinového) postavení“.

Autor zároveň menšinový stres popisuje na kontinuu od distálních, tzn. objektivních událostí (např.: stigma, předsudky, šikana, diskriminace atp.), po proximální stresory, které jsou závislé na subjektivní percepci a zhodnocení jedincem (např.: očekávání nepřijetí, zatajování sexuální orientace, internalizované stigma aj.) (Meyer, 2003; Pitoňák, 2017a). Meyer et al. (2008) zároveň rozlišil dva typy stresu způsobené sociálním znevýhodněním, a to stres zkušenostní a strukturální (Pitoňák, 2017a). Zkušenostní stres lze popsat jako ty události a podmínky v životě jedince, které si přímo zažil (např.: slovní obtěžování), přičemž hodnocení těchto událostí jako stresující je individuální (Meyer et al., 2008; Pitoňák, 2017a). Strukturální stres (např.: rasismus, diskriminace spojená se sexuální orientací aj.) lze definovat jako strukturální nebo institucionální podmínky, které mají vliv na znevýhodněné skupiny osob, i přestože nelze identifikovat konkrétní specifické události, které by k němu vedly (Meyer et al., 2008; Pitoňák, 2017a). V rámci MST je stres celkově chápán jako: jedinečný, jelikož působí jako dodatečný stresor nad rámec obecných stresorů, které zažívají všichni lidé; jako chronický, protože menšinový stres souvisí s relativně stabilními

sociálními a kulturními strukturami; a jako sociální, tzn., že jeho původem jsou sociální procesy, instituce či struktury, které sahají nad rámec možností jednotlivce (Meyer, 2003; Pitoňák, 2017a).

Meyerův model (2003) teorie menšinového stresu (Obrázek 1) zobrazuje stres, jeho zvládání a dopad na mentální zdraví. V rámci teorie procesu rozvoje menšinového stresu hrají roli obecné



Obrázek 1 – Schéma teorie menšinového stresu

životní okolnosti prostředí jedince (a) (např: socioekonomický status), kam autor zahrnuje důležitý aspekt těchto okolností, a to menšinový status (b), který souvisí s postavením v daném prostředí (např.: být gay nebo lesba v určité komunitě) a který často vede k identifikaci jedince s tímto menšinovým statutem – tzv. menšinová identita (e). Okolnosti prostředí (a; b) a menšinová identita (e) vedou k vystavení stresorům, a to jak obecným (c) (např.: ztráta zaměstnání, smrt v rodině aj.), tak specifickým menšinovým stresorům (d – distální; f – proximální) (např.: diskriminace v zaměstnání, internalizovaná homofobie aj.). (Meyer, 2003) také zmiňuje, že charakteristiky menšinové identity (g) mohou zesílit nebo oslabit dopad menšinového stresu (e) na duševní zdraví jedince, stejně tak jako se menšinová identita může stát zdrojem síly pro zvládnutí stresu (h), pokud je spojena s dostatečnou podporou okolí (h).

Menšinový stres klade na homosexuální jednotlivce vyšší adaptační nároky, pro které jedinec musí vynaložit nadstandardní úsilí, které je nad rámec úsilí, které vynakládají ostatní nestigmatizovaní jedinci pro zvládnutí různých stresorů, které působí na všechny (Herek, 2009; Meyer, 2003; Pitoňák, 2017a). MST tedy předpokládá, že sexuální minority vykazují vyšší riziko vzniku různých zdravotních potíží (včetně suicidálního chování), protože musejí čelit častějšímu vystavení

menšinovému stresu, který souvisí s předsudky a stigmatizací (Institute of Medicine, 2011; Marshal et al., 2011; Meyer, 2003; Swannell et al., 2015). Specifikem stigmatizace sexuálních menšin také je, že k rozvoji sexuální identity dochází především v období dospívání, ve kterém jsou dospívající obzvláště citliví na podněty přicházející ze sociálního prostředí (Pitoňák, 2017a). Menšinový stres a jeho různé podoby (např.: diskriminace v každodenním životě, očekávání odmítnutí aj.) zažívají všechny sociálně stigmatizované skupiny, avšak pouze sexuální minority zažívají specifický stres spojený se skrýváním sexuální orientace nebo internalizovanou homofobií (viz 2.2 Specifické rizikové faktory) (Frost et al., 2015). Zároveň pokud jedinec zažívá jeden nebo vícero z těchto stresorů, může dojít k prohloubení pocitů beznaděje a bezmoci, což může vést k rozvoji deprese a suicidálního chování (Marshal et al., 2011). Menšinový stres je dle Pitoňáka (2017a) primární komponentou, která má dopad na duševní zdraví ne-heterosexuálů, zároveň ale zmiňuje potřebu prozkoumat další psychologické procesy, které působí jak na heterosexuály, tak na ne-heterosexuály (např.: pocity beznaděje a další obecné faktory).

1.3.2 Suicidalita v kontextu homosexuální orientace

Jak již bylo řečeno výše, sebevražda je celosvětově i v ČR druhou nejčastější příčinou úmrtí v mladém dospělosti (ČSÚ, 2019; WHO, 2018; více v podkapitole 1.2.1), a to bez ohledu na sexuální orientaci mladistvých. Některé skupiny obyvatelstva jsou však z pohledu pokusu o sebevraždu rizikovější a patří mezi ně i subpopulace LGBTQ+, tudíž i homosexuální ženy a muži. Mladí lidé s homosexuální orientací jsou ve srovnání s jejich heterosexuálními vrstevníky častěji vystavováni diskriminaci a stigmatizaci spojené s jejich orientací, a to nejen ze strany veřejnosti, ale i ze strany jejich rodiny (Haas et al., 2011). Vystavení těmto rizikovým faktorům může vést k rozvoji psychických poruch (Hatzenbuehler et al., 2010) a eventuálně i k rozvoji suicidálního chování (Cho & Sohn, 2016; Kaniuka et al., 2019). Ve srovnání s heterosexuální populací vykazují celkově ne-heterosexuálně orientovaní jedinci vyšší míru sebevražedného chování, což dokládají i statisticky signifikantní výsledky výzkumných studií, které se orientují na tuto problematiku (Azevedo et al., 2016; Blosnich et al., 2016; Fish et al., 2019; Haas et al., 2011; Hatzenbuehler, 2011; King et al., 2008; Marshal et al., 2011; Plöderl et al., 2013; Swannell et al., 2015; Tsypes et al., 2016). Například systematická review Azevedeho et al. (2016) uvádí, že pravděpodobnost pokusu o sebevraždu u osob s homosexuální orientací (a u bisexuálů) je 2× až 7× vyšší než u heterosexuálů. Fishová et al. (2019) uvádějí, že ne-heterosexuálně orientovaní dospělí hlásili nedávné suicidální chování více než 4× častěji než heterosexuální dospělí.

U obecné populace je pozorován rozdíl v suicidálním chování mužů a žen, několik studií dokládá tento rozdíl i u homosexuálních žen a mužů. Z publikovaných výsledků studie Swannellové et al. (2015) vyplývá, že zúčastnění homosexuální muži vykazovali vyšší míru suicidálních myšlenek i pokusů než zúčastněné homosexuální ženy. U homosexuálních mužů byl výskyt suicidálních myšlenek cca 3× vyšší a pravděpodobnost pokusu o sebevraždu zhruba 4× vyšší v průběhu celého života (Swannell et al., 2015). Systematická review Kinga et al. (2008) též ukazuje, že homosexuální muži vykazují vyšší míru sebevražedných pokusů (celoživotně) v porovnání s ne-heterosexuálními ženami a heterosexuály. Na druhou stranu například studie Almazana et al. (2014), Fishové et al. (2019) nebo Tsypesové et al. (2016) tvrdí, že naopak homosexuální ženy vykazují vyšší riziko sebevražedných pokusů i myšlenek oproti homosexuálním mužům, což je více v souladu s trendy v obecné populaci, kde mladé ženy vykazují vyšší četnost suicidálního chování (NCHHSTP, 2018; Piscopo et al., 2016). Přestože u mužů je míra dokonaných sebevražd vyšší kvůli letálnějším způsobům sebevraždy (Nock & Kessler, 2006; Praško, 2006; WHO, 2014). Swannellová et al. (2015) nabízí objasnění vyšší míry suicidálních myšlenek u gayů a vysvětluje ji vyšší mírou prožívané diskriminace a stigmatizace gay mužů ve společnosti. Vzhledem k tomu, že homosexuální muži jsou napříč různými kulturami a v různých prostředích méně oblíbení a více diskriminováni než

homosexuální ženy (Bettinsoli et al., 2019; Flage, 2019), je pravděpodobné, že díky těmto negativním postojům společnosti zažívají homosexuální muži mnohem více menšinového stresu než homosexuální ženy (Herek, 2000), což může vést ke zvýšenému riziku suicidálního chování.

Co se týká suicidality konkrétně u homosexuálně orientovaných mladých dospělých ve srovnání s heterosexuálními vrstevníky, autoři Tsypesová et al. (2016) se zaměřili přímo na suicidalitu ve věku 18 až 29 let a srovnávali heterosexuálně, homosexuálně a bisexuálně orientované participanty. Výsledky výzkumu autorů Tsypesové et al. (2016) ukazují, že u ne-heterosexuálů v mladém dospělí je vyšší pravděpodobnost rozvoje suicidálního chování, což je v souladu i s dalšími výzkumy zaměřenými na suicidalitu LGBTQ+ mladých dospělých (Fish et al., 2019; Miranda-Mendizábal et al., 2017; Peter & Taylor, 2014). Fishová et al. (2019) zdůrazňují, že zvýšené riziko rozvoje suicidálního chování není omezeno pouze na kritické období dospívání, ale přetrvává až do mladém dospělí. Jak bylo již uvedeno v podkapitole 1.2.1, mladá dospělí s sebou přináší mnoho nových životních rolí a výzev, které mohou vytvořit tlak a stres na mladého jedince, který v kombinaci s dalšími rizikovými okolnostmi může vyústit v sebevražedné chování.

Aktuálně je k objasnění popsaného zvýšeného rizika suicidálního chování u ne-heterosexuální subpopulace často užívána teorie menšinového stresu zmíněná v předchozí části práce (viz 1.3.1 Teorie menšinového stresu) a která poskytuje alespoň částečné vysvětlení. Vyšší riziko sebevraždy u homosexuálně orientovaných mladých (ve srovnání s heterosexuály) je v souladu s tímto teoretickým modelem dle Meyera (2003; 2013) a shodují se na tom i další autoři studií, například Fishové et al. (2019) nebo Lea et al. (2014), kteří se touto problematikou zabývají. Tento model předpokládá, že osoby, které jsou součástí sexuální minority, jsou ve vyšším ohrožení negativních dopadů na duševní zdraví (např.: rozvoj psychických poruch jako je deprese aj.), včetně zvýšeného rizika sebevraždy, jelikož kromě obecných rizikových faktorů a stresorů čelí navíc chronickému stresu, který vyplývá z diskriminace a stigmatizace jejich menšinové sexuální orientace (Meyer, 2003) a zároveň mohou tyto osoby navíc zažívat specifické rizikové faktory suicidality, které souvisejí s jejich orientací a které jsou často provázány s menšinovým stresem.

V rámci teorie menšinového stresu je důležité i postavení LGBTQ+ komunity v konkrétní společnosti – například jaká mají práva, jak se o nich vyjadřují média nebo jaký je většinový názor na homosexualitu veřejnosti apod. Negativní postoje společnosti vůči LGBTQ+ komunitě mohou mít dopad na sebeidentifikaci homosexuálních dospívajících i mladých dospělých, jelikož mohou tyto postoje internalizovat do jejich sebepojetí o sobě (self) (Meyer, 2003). Ti homosexuálové, kteří negativní postoje společnosti a okolí internalizují a tzv. se sebe-stigmatizují (tzv. internalizovaná homonegativita či homofobie), vnímají a potýkají se více se stigmatizací namířenou vůči sexuální

minoritě a zároveň zažívají homofobní šikanu fyzického charakteru, vykazují více psychické nepohody a vyšší míru suicidálního chování (Lea et al., 2014; Skerrett et al., 2015). Jiná studie (Fish et al., 2019) ukazuje, že ti ne-heterosexuálové, kteří někdy v životě zažili diskriminaci kvůli jejich sexuální orientaci, měli více než dvojnásobnou pravděpodobnost rozvoje suicidálního chování, a to hlavně mladí dospělí. Fishová a kolegové (2019) zároveň zmiňují, že v průběhu mladé dospělosti dochází k pozvolnému poklesu rozvoje suicidálního chování kvůli LGBTQ+ diskriminaci a tato snižující se tendence pokračuje až do pozdní dospělosti (kde se srovnává s heterosexuální populací), ale i tak je suicidální riziko v mladší dospělosti stále výrazně vyšší než u heterosexuálů stejného věku.

To, jak se společnost a okolí staví a vyjadřuje (včetně médií, odborníků, politiků apod.) vůči ne-heterosexuálům a celkově problematice LGBTQ+, hraje roli v rozvoji menšinového stresu, a tudíž společenské klima může nepřímo ovlivnit i rozvoj suicidálního chování u těchto osob. Například Lea et al. (2014) u většiny respondentů naměřili nízkou míru internalizované homofobie a vnímané stigmatizace, a domnívají se, že by se výsledky mohly odvíjet od společenských postojů vůči LGBTQ+, které jsou v posledních desetiletích více akceptující a přijímající a tím pádem LGBTQ+ osoby mohou zažívat méně diskriminace a stigmatizace, která může vést k sebe-stigmatizaci (internalizované homofobii). Výše zmíněná studie však byla provedena v Sydney v Austrálii na vzorku mladých dospělých (18–25 let), a nelze tedy očekávat, že ke stejnému společenskému posunu došlo i v ostatních státech světa. Naopak stále existují státy (hlavně africké a asijské, např.: Tunisko, Malajsie, Saúdská Arábie a další), které považují homosexuální styk a soužití za nelegální a homosexuálům v těchto zemích hrozí různé tresty, včetně odnětí svobody i na několik let nebo dokonce trest smrti (např.: Írán, Katar, Saúdská Arábie nebo Spojené Arabské Emiráty) (Mendos, 2019). Ústavní zákony proti diskriminaci na základě sexuální orientace přijalo pouze 6 % členských států OSN (Mendos, 2019), což je opravdu žalostně nízké číslo. V Evropě je společenská atmosféra i LGBTQ+ legislativa pro LGBTQ+ subpopulaci stále lepší a lepší, dle Mendose (2019) žádný evropský stát nepovažuje homosexuální styk za ilegální, většina států také přijala nějaký druh antidiskriminačních zákonů (např.: ve vztahu k zaměstnání, k službám aj.), umožnila alespoň registrované partnerství (pokud ne přímo rovné manželství) a v některých státech je možné i osvojení dětí homosexuálními páry (např.: Irsko, Francie nebo Nizozemí), a to hlavně díky vlivu legislativy Evropské Unie, která si klade za cíl odstraňování nesvobod, rozdílného zacházení, potírání diskriminace a rozvoj svobod (např. čl. 2 Smlouvy o Evropské unii, čl. 1, čl. 20 a čl. 21 Listiny základních práv Evropské unie, nebo Usnesení Evropského parlamentu ze dne 5. července 2012 o násilí vůči lesbickým ženám a právech lesbických, homosexuálních, bisexuálních, transsexuálních a intersexuálních osob v Africe (2012/2701, (RSP))). I přesto se

i v Evropě najdou státy, jako je například, ale nejen, Polsko, kde kvůli silnému vlivu tamní katolické církve dochází k výrazné diskriminaci a stigmatizaci LGBTQ+ komunity – například byly vytvořeny „zóny bez LGBTQ+,“ které tvoří značnou část Polska, biskupové i státní představitelé se k ne-heterosexualitě stavějí jako k nemoci, kterou chtějí léčit apod. (Minárik, 2020). Obdobně negativní situace je v Evropě ještě například v Maďarsku nebo některých balkánských státech či na Ukrajině. Názory společnosti a postoje vlády států, které cíleně šíří nenávist vůči LGBTQ+ komunitě, odmítají ji uznat, diskriminují ji apod. rozhodně nepodporují rozvoj psychické pohody a dobrého duševního zdraví u této skupiny obyvatel.

V České republice naštěstí nepanuje stejná společenská nálada jako v sousedním Polsku, avšak dle dat výzkumu bývalé veřejné ochránkyně práv (Šabatová, 2019) se více než tři čtvrtiny LGBTQ+ respondentů domnívají, že v ČR stále dochází k jejich diskriminování a znevýhodňování, naproti tomu běžná heterosexuální populace se pouze v 36 % dotázaných domnívá, že homosexuální osoby v ČR jsou stále diskriminovány nebo znevýhodňovány (MEDIAN, 2018). Zároveň výsledky společnosti MEDIAN, která v roce 2018 provedla výzkum veřejných postojů vůči LGBT+ osobám v Česku, ukazují, že až 80 % běžné populace v ČR se domnívá, že homosexuálně orientovaní lidé u nás mohou žít, jak chtějí, a až 60 % dotázaných je přesvědčeno, že těmto osobám nehrozí žádné trestné činy motivované z nenávisti kvůli jejich ne-heterosexuální orientaci. Avšak až 55 % dotazovaných ne-heterosexuálů, z výše zmíněného výzkumu veřejné ochránkyně práv, má osobní zkušenost s obtěžováním a urážením kvůli jejich sexuální orientaci a zhruba 15 % má zkušenost s fyzickým napadením nebo vyhrožováním násilím (Šabatová, 2019). Konkrétních případů, kdy dochází v Česku k diskriminaci a stigmatizaci LGBTQ+ osob je vícero, nabízí se například nemožnost darovat krev u homosexuálních mužů, již dlouho diskutované téma (ne)možnosti uzavření manželství a adopce dětí z ústavní péče (podrobně o diskriminaci LGBTQ+ v ČR v Šabatová, 2019) nebo aktuálně během nouzového stavu ČR kvůli koronavirové krizi v podstatě ani není povoleno uzavírat registrované partnerství (je to možné pouze v neodkladných případech např.: špatný zdravotní stav jednoho z partnerů) na rozdíl od svateb, které se mohou konat pokud je dodrženo pravidlo maximálního počtu 10 účastníků (Ministerstvo vnitra, 2020). Téma manželství, rodiny a dětí patří k oblastem, které mladí dospělí aktivně řeší a ne-heterosexuální páry jsou v těchto ohledech velmi znevýhodněné v porovnání s heterosexuálními páry. Přestože dle dat MEDIANu (2018) většina obecné populace (cca 75 %) uznává možnost stejnopohlavního manželství a nevnímá tuto legislativní změnu jako ohrožující pro tradiční rodinu a manželství, stále nedošlo ke schválení novely zákona o manželství. Pro přijetí LGBTQ+ komunity vládními úřady a institucemi je důležitý pozitivní příklad soudních rozhodnutí. Zatím je však všeobecný trend spíše konzervativní, ne-li přímo negativní, jak dokládá například rozsudek Nejvyššího správního soudu

z roku 2019 (Abbasi & Bončková, 2019). I podle reportu ILGA-Europe (2020) se Česká republika stále potýká s vícero problémy, a to například neprogresivní legislativou (např.: zákony ohledně změny pohlaví, stále neschválená novelizace zákona o manželství či přijetí speciálního zákona o sňatku osob stejného pohlaví), diskriminací LGBTQ+ komunity aj. Ve veřejném prostoru bylo zaznamenáno zvýšené množství proslovů, článků a názorů (např.: politiků nebo církevních představitelů), které obsahovaly anti-LGBTQ+ názory a vyjadřovaly se zaujatě vůči této skupině obyvatel (např.: Křeček, 2018; Ovčáček, 2019). Změna konkrétně v těchto zmíněných oblastech by mohla mít pozitivní dopad na duševní zdraví ne-heterosexuálů, dokládá to například studie Raifmanové et al. (2017), která ukazuje, že v těch státech USA, kde došlo k přijetí legislativy o stejnopohlavním manželství, došlo zároveň k výraznému snížení suicidálních pokusů u dospívajících. Jak uvádí přímo bývalá veřejná ochránkyně práv Šabatová (2019), ve veřejném povědomí o životě LGBTQ+ osob v Česku jsou výrazné limity, a přestože se česká společnost považuje za tolerantní vůči LGBTQ+ komunitě, otázkou zůstává, zda není tato tolerance spíše nevědomost a ignorance problémů a překážek, které ne-heterosexuální lidé v ČR prožívají. Takováto společenská atmosféra a chování veřejnosti i institucí mohou přispívat k rozvoji menšinového stresu u českých ne-heterosexuálů, a to může vést za přítomnosti různých rizikových faktorů k rozvoji suicidálního chování. Příkladem za všechny budiž veřejná vyjádření současného veřejného ochránce práv Stanislava Křečka (viz výše).

Konkrétní rizikové faktory, které mohou hrát roli v rozvoji rizika suicidia, jsou podrobně rozebrány v následující kapitole (viz 2. Rizikové faktory). Co se týká obecných rizikových faktorů je nutné uvést, že homosexuální osoby se pravděpodobně více potýkají s psychickými potížemi a závislostí na drogách a alkoholu ve srovnání s obecnou populací (Azevedo et al., 2016; Haas et al., 2011). Přítomnost psychického onemocnění je jedním z klíčových obecných rizikových faktorů (Bachmann, 2018; Mościcki, 2014; Praško, 2006). Například depresivní poruchy jsou asi nejvíce spojovány se suicidálním rizikem v obecné populaci a studie Skerretta et al. (2015) a Marshala et al. (2011) poukazují na vyšší prevalenci depresivních symptomů u homosexuálních dospělých i dospívajících. V rámci jedné čtvrtiny až jedné třetiny homosexuální subpopulace je celkově vyšší prevalence mentálních poruch včetně závislosti na alkoholu a drogách (Azevedo et al., 2016; Haas et al., 2011; King et al., 2008; Skerrett et al., 2015). Mentální poruchy i abúzus drog a alkoholu patří mezi významné obecné rizikové faktory a vyšší výskyt těchto faktorů u homosexuálně orientovaných osob může poskytnout další vysvětlení, proč je suicidální chování v této subpopulaci zvýšené.

Na základě výše uvedených poznatků je zřejmé, že homosexuální osoby nejsou ve společnosti rovnocenní heterosexuální většině a stále dochází k diskriminaci a znevýhodňování této subpopulace. Je evidentní, že se homosexuálně orientovaní mladí lidé mohou potýkat s více rizikovými faktory a vyšší mírou stresu než heterosexuální vrstevníci a jedná se tedy o rizikovou skupinu z hlediska sebevražedného chování. Jelikož zatím neexistují výzkumy, které by výsledky uvedených studií ověřovaly v českém prostředí, bylo na toto téma realizován výzkumný projekt, který je podrobně popsán v rámci výzkumné části této diplomové práce.

2. Rizikové faktory

V této kapitole je věnována pozornost rizikovým faktorům typickým pro obecnou populaci a následně jsou rozebrány faktory, které se vyskytují specificky v homosexuální subpopulaci.

Nelze jednoznačně říct, které faktory s jistotou povedou k sebevražednému pokusu a případně dokonané sebevraždě. Mezi autory panuje určitá shoda ohledně rizikových faktorů a společných charakteristik sebevražedného chování, avšak zároveň je každý případ sebevraždy velmi individuální a z části i situačně ovlivněný, což činí identifikaci prediktorů velmi obtížnou. Odborníci na tuto problematiku (např.: Heeringen, 2001; Mościcki, 2014; Schneidman, 1987) se shodují, že za suicidální chování není zodpovědný jeden jediný rizikový faktor, ale spíše kombinace několika současně přítomných faktorů a jejich vzájemná interakce, nebo kombinace vulnerability jedince s různými rizikovými faktory (Fergusson et al., 2003). Schneidman (1987) například uvádí charakteristiky suicidálního chování, které samostatně nevedou k dokonané sebevraždě, ale jejich kombinace již může být smrtelná. Mezi tyto charakteristiky Schneidman (1987) zařadil například nesnesitelnou psychickou bolest, frustrované psychické potřeby, zúžené možnosti, bezmoc nebo sdělování záměru spáchat sebevraždu a další. Celkově za rizikové faktory můžeme považovat takové životní okolnosti či projevy chování, které zvyšují pravděpodobnost rozvoje určitého jevu, v tomto případě suicidálního chování. Jelikož suicidální chování a jeho rozvoj je dynamický proces mezi několika rizikovými faktory, je důležité znát tyto faktory a věnovat jim pozornost při práci s klientem, jelikož nám mohou pomoci zahájit včasnou intervenci a zachránit tak život.

Rizikové faktory lze rozdělit na různé kategorie. Například Praško (2006) uvádí faktory demografické, psychiatrické, sociální a obecné medicínské. Hoovenová et al. (2011) rozděluje faktory na 2 úrovně – individuální a sociální. Autoři definují individuální úroveň jako ty faktory, které přímo i nepřímo ovlivňují suicidální riziko jedince (např.: suicidální myšlenky, abúzus drog a alkoholu) a sociální úroveň jako faktory, které souvisejí se sociálním okolím jedince jako je rodina, přátelé nebo škola (Hooven et al., 2011). Nabízí se i dělení dle Shermanové et al. (2014), kteří uvádí faktory intrapersonální, sociální a situační a společensko-kulturní. Odborná literatura zmiňuje i genetické faktory, které mohou hrát roli jako rizikový faktor suicidálního chování (Praško, 2006; Žirková, 2015). V souvislosti s konkrétní psychiatrickou diagnózou (např.: depresivní porucha, hraniční porucha osobnosti), věkovou skupinou (např.: senioři) či jinou konkrétní charakteristikou (např.: sexuální orientace, etnicita) lze ještě hovořit o specifických faktorech pro onu skupinu osob. Vzhledem k velké různorodosti dělení a s ohledem na téma této práce, uvádím vlastní dělení faktorů na obecné a specifické, kdy v rámci každé této kategorie uvádím i úroveň individuální a sociální. Obecné rizikové faktory shrnují ty rizikové faktory, které mohou vzniknout u kohokoliv

bez ohledu na jeho či její sexuální orientaci (např.: faktory demografické, psychiatrické či individuální a další). Následně se věnuji faktorům, které jsou specificky rizikové pro homosexuálně orientovanou populaci. Přestože je v posledních letech společnost více otevřená a akceptující vůči celé komunitě LGBTQ+, než byla kdy dříve, lidé s ne-heterosexuální orientací stále zažívají různá životní úskalí, která heterosexuální populace nezažívá (např.: stres spojený s coming outem, odmítnutí vlastní rodinou, šikana a diskriminace spojená se sexuální orientací, aj.), a tyto životní okolnosti mohou být rizikovou událostí, která povede společně s dalšími faktory k rozvoji suicidálního chování.

2.1 Obecné rizikové faktory

Snaha odborníků o odhalení prediktivních faktorů sebevraždy je velká a existuje mnoho výzkumných studií na toto téma, avšak bohužel zatím stále nemáme spolehlivý způsob, který by dlouhodobě a s jistotou předvídal suicidální chování jednotlivců. Rizikových faktorů suicidality je celá řada a vzhledem k tomu, že tyto faktory jsou zpracovány v aktuální odborné literatuře zaměřené na suicidality, uvádím pouze shrnutí těchto faktorů a pro lepší přehlednost i tabulku rizikových faktorů (viz tabulka 1 níže).

Z hlediska demografických rizikových faktorů se nejčastěji uvádí charakteristiky jako věk, pohlaví, rodinný stav a v zahraniční literatuře i rasa (Nock et al., 2008a; Praško, 2006). **Adolescence, mladší dospělost** a **vyšší věk** (cca mezi 50. až 55. rokem a zároveň po 75. roce) jsou uváděny jako nejrizikovější období z hlediska suicidálního chování (Český statistický úřad, n.d., 2019; Látalová et al., 2015; Nock et al., 2008a; Praško, 2006). Longitudinální studie Fergussona et al. (2005) uvádí, že pokud dojde k rozvoji sebevražedných myšlenek nebo k pokusu o sebevraždu v adolescentním věku, je riziko sebevraždy v mladší dospělosti mnohem vyšší než u jedinců, u kterých se suicidální jednání v adolescenci neobjevilo. Vývojové úkoly, které s sebou mladší dospělost nese (viz podkapitola 1.2 Mladá dospělost), mohou být velmi náročné a sebevražda se může jevit jako jediné východisko. Jak již bylo uvedeno v předchozí kapitole (viz podkapitola 1.2.1 Suicidalita v kontextu mladé dospělosti), sebevražda je druhou nejčastější příčinou úmrtí v tomto věku (CDC, 2017; WHO, 2014). Jako rizikovější **pohlaví** se jeví **muži**, u kterých suicidální pokusy častěji končí dokonanou sebevraždou, jelikož většinou volí letálnější způsoby sebevraždy (např.: oběšení či střelnou zbraň) (Nock et al., 2008a; Nock & Kessler, 2006; Praško, 2006; WHO, 2014). Na druhé straně z hlediska suicidálních pokusů se jeví jako rizikovější ženy, které se o suicidium pokoušejí zhruba 3× častěji než muži (Piscopo et al., 2016; Praško, 2006). U ženského pohlaví se také častěji rozvíjí suicidální myšlenky a plány o realizaci sebevraždy (Piscopo et al., 2016). Ohrožující může být i rodinný stav, a to zejména ve vyšším věku, pokud je dotyčná osoba

rozvedená (případně **ovdovělý/ovdovělá**) a cítí pocity osamění (Praško, 2006; Yip et al., 2015), což může nastat i u mladých dospělých.

Za genetické predispozice k rozvoji suicidálního chování lze označit hlavně **deficit v serotoninovém transportním systému** (nižší koncentrace serotoninového metabolitu 5-HIAA, méně serotoninového transportéru, více postsynaptických serotoninových receptorů a další), s vyšším rizikem suicidia bývá spojována i **nižší koncentrace cholesterolu** (Baldessarini & Hennen, 2004; Mann, 2003; Žírková, 2015). Někteří autoři (např. Žírková) uvádějí jako biologický faktor i suicidální chování v rodině, čímž se zabývá i současný výzkum. Metaanalýza Baldessariniho & Hennena nebo např.: studie Tidemalma et al. (2011) uvádějí, že suicidální riziko je větší, pokud v blízké rodině dotyčného došlo k sebevraždnému chování (riziko je větší v případě dokonané sebevraždy než pokusu). U vlastních sourozenců, ve srovnání s polorodými sourozenci (kteří měli stejnou matku, ale jiného otce), bylo suicidální riziko vyšší a větší riziko je i u jednovaječných dvojčat oproti dvouvaječným (Tidemalm et al., 2011). Žírková (2015) uvádí, že 6–8 % osob, které se o sebevraždu pokusily, měly v rodinné anamnéze sebevraždu. Dle autorky je tato predispozice pravděpodobně spojena s výše uvedenou serotoninovou neurotransmisí.

Sebevraždné chování, včetně dokonaných sebevražd, je zhruba 10× častější u osob s **psychiatrickým onemocněním** než v běžné populaci (Bachmann, 2018). Dle metaanalýzy Harrisové & Barraclougha (1997) je až v 90 % všech sebevražd přítomna jedna nebo vícero psychiatrických diagnóz, kterou dotyčný v době, kdy sebevraždu realizoval, trpěl. Bachmann (2018) uvádí, že každá komorbidní diagnóza zvětšuje riziko sebevraždy. Největší suicidální riziko je v literatuře spojováno s **depresivní poruchou i dalšími poruchami nálad** (např.: těžké úzkosti, mánie aj.), **poruchami osobnosti** (hlavně s hraniční poruchou osobnosti) a **závislostmi na drogách a alkoholu** (Mościcki, 2014; Nock & Kessler, 2006; Praško, 2006). Dle studie Bostwické et al. (2010) je mezi homosexuálně orientovanými dospělými, ve srovnání s heterosexuálními dospělými, vyšší prevalence právě výše zmíněných poruch nálad i úzkostných poruch v průběhu celého života. U homosexuálních mužů je tato prevalence dokonce vyšší než u homosexuálních žen (Bostwick et al., 2010). Co se týká uživatelů drog a alkoholu, dle studie Piscopové et al. (2016) se u této skupiny objevuje suicidální chování (vyjma dokonaných sebevražd) ve větší míře než u běžné populace, a to hlavně u osob, které užívají drogy i alkohol současně. Autorky ale uvádějí, že je těžké určit, zda suicidální chování předcházelo užívání drog či alkoholu, nebo naopak. Kromě přítomnosti psychiatrického onemocnění a závislostí lze mezi psychiatrické faktory zařadit i **nedávné propuštění z hospitalizace** (Praško, 2006). Chung et al. (2017) uvádí, že míra sebevražd je během prvních 3 měsíců po propuštění z psychiatrického zařízení až 100× vyšší než

světová míra sebevraždnosti. Dle autorů je i po několika letech po propuštění míra sebevraždnosti 30× vyšší než v běžné populaci, která hospitalizaci na psychiatrickém oddělení nezažila (Chung et al., 2017). Přestože se některé studie pokusily odhalit nejrizikovější období po propuštění (např.: který den po propuštění), nelze přesně určit, který den, týden či měsíc je nejrizikovější (Chung et al., 2017; Skeem et al., 2006). V souvislosti se sebevraždností (a zároveň i s depresivní poruchou) je jako významný rizikový faktor zmiňována i **beznaděj nebo pocity beznaděje** (Burr et al., 2018; Horwitz et al., 2017; Stewart et al., 2005). Dle studie Burrové et al. (2018) můžeme za rizikový faktor z hlediska rozvoje suicidálních myšlenek i sebevraždných pokusů považovat také beznaděj ve smyslu trvalého vzorce pocitů a chování (tzv. personality trait).

I **fyzické onemocnění** může přispívat k rozvoji sebevraždného chování, a to převážně **chronické, bolestivé nebo život ohrožující onemocnění** (Praško, 2006). Chronické i bolestivé onemocnění s sebou přináší určité potíže a diskomfort, pocit neschopnosti, pocit, že dotyčný je přítěží pro blízké či ztrátu některých schopností i možností v životě, což může vést k pocitům beznaděje a deprese, které se mohou rozvinout až do podoby sebevraždných myšlenek a posléze i dalšího suicidálního jednání (Gürhan et al., 2019; Hooley et al., 2014). Pro nemocného se sebevražda může zdát jako jediné východisko, které ukončí nejen jeho utrpení, ale v některých případech i utrpení rodiny, která o něj pečuje. Samozřejmě záleží také na copingových strategiích jedince, jak své onemocnění interpretuje (a dalších proměnných) a to vše hraje roli v tom, zda se jedná o rizikový faktor či nikoliv. Zároveň pokud nemocný trpí více než jedním fyzickým onemocněním (nebo mu tato onemocnění průběžně přibývají), suicidální riziko se zvyšuje (Scott et al., 2010). Literatura se nejčastěji zmiňuje o rakovině nebo HIV/AIDS, diabetu mellitu, chronickém onemocnění ledvin, roztroušené skleróze, astmatu nebo epilepsii a dalších (Bachmann, 2018; Gürhan et al., 2019). Například studie Hensonové et al. (2019) uvádí, že u jedinců, kterým byla diagnostikována rakovina, vzrostlo suicidální riziko o 20 % oproti běžné populaci. I chronická bolest, která často doprovází konkrétní onemocnění, či u které se může jednat o bolest psychogenního typu, je spojována s vyšším rizikem sebevraždy (Hooley et al., 2014).

Dle odborné literatury je **historie suicidálního chování** jeden z nejdůležitějších a největších rizikových faktorů, a to především vážně míněné neúspěšné pokusy o sebevraždu (Bostwick et al., 2016; Parra Uribe et al., 2013; WHO, 2014; Yoshimasu et al., 2008; Žírková, 2015). I ostatní formy suicidálního chování se jeví jako rizikové. U osob, které v životě uvažovaly o sebevraždě je pravděpodobnost, že vytvoří plán sebevraždy a pokusí se o ni cca 30 % (Nock et al., 2008b). Zároveň ve zhruba 60 % případů dochází k transformaci myšlenek do plánů a pokusu během 1 roku od počátku těchto myšlenek (Nock et al., 2008b). Dle metaanalýzy Yoshimasua et al. (2008)

se jeví jako rizikový faktor vedoucí k sebevraždě i sebepoškozování, které se posléze může rozvinout do suicidálního chování.

Náročné životní události jsou významnou proměnnou pro rozvoj suicidálního chování (Fjeldsted et al., 2017; Mościcki, 2014; Praško, 2006). Je obtížné určit, o jaké události se přesně jedná, jelikož copingové strategie každého z nás jsou individuální, každá událost má jinou váhu i význam; a zároveň pro každou věkovou kategorii je stresovou událostí něco jiného (Fjeldsted et al., 2017; Mościcki, 2014). Například pro mladého dospělého může být takovou událostí přechod ze školy do zaměstnání, hádka s partnerem nebo nezdařená zkouška, kdežto pro staršího dospělého jsou to události jako rozvod, vážné onemocnění či ztráta zaměstnání. Obecně lze mezi takové životní události zařadit hlavně situace spojené se ztrátou (např.: ztráta partnera, zaměstnání, bydlení), změny v životě (např.: přechod z jedné vývojové etapy do druhé, diagnostikování závažného onemocnění nebo i samotný strach ze změny), prožitá traumata (např.: domácí násilí, zneužití) a také špatná socioekonomická situace jedince (způsobena například ztrátou zaměstnání apod.) (Mościcki, 1997; WHO, 2014). Hlavně dlouhodobá nezaměstnanost a hromadné propouštění se jeví jako velmi podstatné rizikové faktory (Classen & Dunn, 2012), jelikož mohou vést k dalším potížím, jako ztrátě sociální prestiže či finančního zabezpečení, nebo i ztrátě bydlení a dalších základních potřeb.

Kromě výše popsaných náročných stresových událostí v životě, mohou sehrát svou roli i další sociální faktory. Patří sem například **dysfunkční rodinné prostředí** či nefungující vztahy v rodině, **historie sebevražděného chování v rodině**, **sociální izolace** či **ztráta sociální podpory (nebo její pokles)**, **pokles socioekonomické úrovně** (např.: vlivem ztráty zaměstnání aj.), **bydlení o samotě**, **ztráta vlastní kultury** (vlivem emigrace) a **další sociální potíže**, jako například společenské stigma kolem tématu sebevraždy nebo uvěznění (Mościcki, 2014; Praško, 2006; WHO, 2014). Jak již bylo zmíněno výše, rodina hraje významnou roli jako rizikový faktor a pokud k sebevraždě v blízké rodině došlo, vzniká větší pravděpodobnost, že se k sebevraždě rozhodne i další člen rodiny (např.: dítě rodiče, který spáchal sebevraždu) (Kim et al., 2005; Žírková, 2015). Nefunkční rodinné zázemí, konflikty s rodiči apod. hrají významnější roli v dětství a adolescenci (Brent et al., 1999) než v dospělosti, ve které jsou klíčové hlavně vztahy s partnerem, ale i přesto hraje rodina významnou roli. Pokud dochází k častým konfliktům mezi partnery, nebo i mezi rodinnými příslušníky, může stres z těchto okolností přispět k rozvoji suicidálního chování (Duberstein et al., 2004). Mladá dospělost je typicky obdobím vývoje partnerského vztahu, se kterým se přirozeně pojí i konfliktní situace. Stejně tak v tomto období dochází k osamostatnění se od rodiny a stěhování do vlastního bydlení, což s sebou také může přinést konflikty s rodinou

a stres. Není neobvyklé, že mladí dospělí bydlí sami, než se rozhodnou k soužití s partnerem. Bydlení o samotě však může vést k pocitům izolace a osamění. Meta analytická studie Calatiové et al. (2019) ukazuje, že sociální izolace, pocity osamění, život o samotě nebo po rozchodu či rozvodu (nebo ovdovění) jsou pozitivně asociovány se suicidálním chováním. Dle autorů je největším faktorem vedoucím k sebevražednému chování **pocit osamocení** (Calati et al., 2019). Za další rizikové faktory lze považovat okolnosti spojené s migrací jedince. Toto téma je v dnešní době aktuální, jelikož díky globalizaci, ale i vlivem válek, přírodních katastrof aj., dochází k migraci obyvatelstva více než v minulých desetiletích (Global Migration Data Analysis Centre [GMDAC], 2018). Migranti se potýkají se stresory, jako například ztrátou sociálního statusu a zázemí, nezaměstnaností, starostí o rodinu v původní zemi, s jazykovou bariérou, pocity vyčlenění ze společnosti nebo pocity ztráty vlastní kultury či národnosti a s mnoha dalšími obtížemi (Ratkowska & De Leo, 2013). V rámci literatury ale nepanuje shoda ohledně toho, zda jsou migranti vystaveni vyššímu riziku sebevraždy než jiné skupiny. Metaanalýza Forteho et al. (2018) poukazuje na to, že existují studie, kde výsledky ukazují, že u migrantů dochází k sebevraždám více a jsou více ohroženou skupinou než původní obyvatelé. Na druhé straně autoři uvádějí, že jiné studie neukazují takovéto rozdíly mezi migranty a původními obyvateli. Celkově autoři považují skupinu migrantů za středně rizikovou z hlediska rozvoje suicidálního chování, poukazují však na to, že existuje velké množství proměnných, které hrají roli (např.: etnicita, silný pocit sounáležitosti s vyloučenou skupinou) (Forte et al., 2018).

Ve společnosti se diskutuje i o **vlivu médií a sociálních sítí** na sebevražednost. Nevhodné sdílení informací o sebevraždách může vést ke zvýšení tzv. „copycat“ sebevražd neboli také Wertherově efektu (WHO, 2014). Metaanalýza Niederkrotenthalera et al. (2012) tvrdí, že po medializované sebevraždě celebrity dochází k nárůstu sebevražednosti mezi běžnou populací. Autoři také uvádějí, že záleží také na tom, o jakou celebrity se jedná a kým byla informace hlášena (jakým médiem). Jiná studie poukazuje také na to, že jedinci s podobnými demografickými charakteristikami jako sebevrah v médiích, jsou více zranitelní a náchylnější k identifikaci s aktem sebevraždy (Sisask & Värnik, 2012). Média také tíhnou ke zveřejňování zvláště dramatických případů sebevražd (např.: sebevražda zapálením aj.), které ale nejsou podle dostupných dat vůbec běžné, nicméně mohou tak díky médiím působit (Sisask & Värnik, 2012). I popisy osobností, které spáchají sebevraždu v rámci filmů nebo seriálů, neodpovídají realitě a mohou vést k různým mýtům v běžné populaci (Sisask & Värnik, 2012). Odborníci se shodují, že řešení není přestat tyto zprávy sdílet skrze média, naopak média mohou mít i protektivní efekt, pokud budou informace sdělovány vhodným způsobem. Stejně tak internet a sociální sítě mohou mít rizikový i protektivní faktor, záleží na tom, jak s těmito prostředky jedinec zachází. Studie (Daine et al., 2013) zaměřená hlavně na využívání online

internetových fór a vyhledávání informací u adolescentů, ukazuje, že internetové diskuze mohou vést k normalizaci sebepoškozování a sebevražedného chování. Adolescenti, kteří používali internet častěji, také vykazovali častější známky deprese a suicidálních myšlenek a pro mnoho dospívajících byl internet také první zdroj informací o sebevraždách a sebepoškozování, přičemž takovýto zdroj nemusí obsahovat relevantní a pravdivé informace (Daine et al., 2013). Naopak někteří uživatelé našli v internetových fórech porozumění a oporu, propojení s lidmi, kteří zažívají obdobné potíže, a posléze i podporu pro vyhledání odborné pomoci (Daine et al., 2013).

INDIVIDUÁLNÍ ÚROVEŇ	DEMOGRAFICKÉ FAKTORY	Věk; pohlaví; rodinný stav.
	GENETICKÉ FAKTORY	Deficit v serotoninovém transportním systému; nižší koncentrace cholesterolu.
	PSYCHIATRICKÉ FAKTORY	Nedávné propuštění z hospitalizace; depresivní porucha; hraniční porucha osobnosti; toxikomanie; etylismus; PTSP; těžké úzkostné poruchy.
	MEDICÍNSKÉ FAKTORY	Chronické tělesné onemocnění; život ohrožující onemocnění; bolestivé onemocnění.
	HISTORIE SUICIDÁLNÍHO CHOVÁNÍ	Dřívější suicidální chování – především TS; suicidální myšlenky a plány, sebepoškozování.
	AKTUÁLNÍ STRESOVÉ UDÁLOSTI	Ztráta blízké osoby; rozchod; ztráta možností; přechod mezi vývojovými etapami (např.: do důchodu); násilí v domácnosti; aj.
SOCIÁLNÍ ÚROVEŇ	SOCIÁLNÍ A SITUAČNÍ FAKTORY, SPOLEČENSKO-KULTURNÍ FAKTORY	Suicidální chování v rodině nebo blízkém okolí; nedávná ztráta sociální podpory; sociální izolace; nezaměstnanost; bydlení o samotě; pocity osamocení; pokles/ztráta socioekonomického statusu; ztráta vlastní kultury či národnosti; a další.

(adaptováno z Praško, 2006; Hooven et al., 2011; Sherman et al., 2014; Žirková, 2015)

Tabulka 1 – Přehled obecných rizikových faktorů

Jak je patrné, existuje velké množství rizikových faktorů. Tyto faktory jsou individuálně podmíněny a objevují se v rámci určitých životních okolností, zároveň mohou být determinovány i kulturně (Simon, 2012). Znalost těchto faktorů je klíčová při vyhodnocování suicidálního rizika (více

v kapitole 4. Vyhodnocení suicidálního rizika), kdy je ideální zmapovat všechny výše uvedené oblasti. Z dostupných informací se jako nejvýznamnějším rizikovým faktorem jeví předchozí suicidální chování jedince, a to hlavně předchozí neúspěšné pokusy, a také přítomnost psychiatrického onemocnění.

2.2 Specifické rizikové faktory v rámci homosexuální populace

Za specifické rizikové faktory považují takové životní okolnosti osob s homosexuální orientací, se kterými se potýká typicky tato subpopulace právě díky jejich sexuální orientaci (případně subpopulace s jinou než heterosexuální orientací), a které mohou přispět k rozvoji suicidálního chování společně s výše uvedenými obecnými faktory. Pro lepší přehlednost uvádím stručný souhrn těchto specifických faktorů v tabulce 2 (viz níže). V současnosti se autoři zabývající se problematikou LGBTQ+ a suicidality shodují, že zvýšená míra sebevraždnosti v této subpopulaci úzce souvisí hlavně s prožívaným sociálním stigmatem, předsudky a diskriminací ohledně jejich menšinové sexuální orientace (Bostwick et al., 2014; de Graaf et al., 2006; King et al., 2008; Puckett et al., 2017). Pro popsání těchto specifických stresorů se v zahraniční literatuře užívají pojmy jako „gay-related stress“, „homophobic abuse“ nebo „minority stress“ a zároveň se k objasnění těchto stresorů užívá tzv. teorie menšinového stresu (neboli „minority stress theory – MST“), která je blíže popsána v podkapitole 1.3.1 v předchozí části této práce.

Z hlediska rizikových demografických faktorů se **adolescentní věk** jeví, stejně jako u heterosexuální populace (viz 2.1 Obecné rizikové faktory), jako rizikové životní období (di Giacomo et al., 2018; Haas et al., 2011). Dle některých studií je vyšší riziko suicidality i v **mladší dospělosti** (de Graaf et al., 2006; Paul et al., 2002; Swannell et al., 2015). Dle studie De Graafa et al. (2006) i Fishová et al. (2019) vykazují adolescenti a mladí homosexuálně orientovaní dospělí vyšší prevalenci suicidálního chování ve srovnání se staršími homosexuály, což je zajímavé, jelikož u heterosexuální populace je nejvyšší riziko sebevraždy spojováno se starším věkem (Český statistický úřad, n.d.; Praško, 2006). De Graaf et al. (2006) nabízejí vysvětlení, proč je adolescence a mladá dospělost kritickým obdobím z hlediska suicidality, a to pravděpodobně kvůli procesu coming outu, který je velmi emočně náročnou životní situací (Charbonnier & Graziani, 2016) a může mít negativní dopad na duševní zdraví. Přestože ke coming outu samozřejmě může dojít v jakémkoliv věku, dle Martose et al. (2015), kteří tento proces zkoumali u LGB osob ve věku 18–59 let, bylo věkové rozmezí coming outu respondentů mezi 17,5 až 22 lety, což je výše zmíněné kritické období. Také výsledky většiny studií poukazují na to, že u homosexuálních mužů je riziko sebevraždy vyšší než u homosexuálních žen (King et al., 2008; Swannell et al., 2015). Avšak například studie Almazana et al. (2014) naopak tvrdí, že homosexuální ženy vykazují vyšší riziko

sebevražedného pokusu než homosexuální muži. Stejná studie (Almazan et al., 2014) zároveň neidentifikovala signifikantní rozdíl v míře suicidálního rizika mezi heterosexuály a homosexuály, avšak autoři poukazují na odlišné rizikové faktory, které mohou vést k rozvoji sebevražedného chování. Odlišným rizikovým faktorům se bohužel autoři studie již dále nevěnovali.

Studie (McLaughlin et al., 2012; Puckett et al., 2017) také ukazují, že osoby s homosexuální orientací zažívaly **v dětství různé formy týrání a zneužívání** ze strany primární rodiny častěji než jejich heterosexuálně orientovaní vrstevníci. Vystavení těmto nepříznivým životním okolnostem může z části vysvětlovat vyšší míru suicidality (ale i depresivity nebo abúzu návykových látek) u subpopulace homosexuálů (McLaughlin et al., 2012). Zároveň i **nízká podpora rodiny** během dětství může vést k rozvoji sebevražedného chování v mladší dospělosti (Konishi & Saewyc, 2013; Wang et al., 2018).

Za významný rizikový faktor suicidálních myšlenek a pokusů o sebevraždu lze považovat **šikanu osob s homosexuální orientací neboli homofobní šikanu** (homophobic bullying) (de Graaf et al., 2006; Hillier et al., 2010; Lea et al., 2014; Marshal et al., 2011; Plöderl & Fartacek, 2005), a to jak fyzickou, tak verbální šikanu nebo přímo fyzické napadení (Hillier et al., 2010). Šikana je obecně rizikovým faktorem suicidálního chování, avšak studie ukazují (Baiocco et al., 2018; Camodeca et al., 2018), že v porovnání s heterosexuály vykazují ne-heterosexuální jedinci častější zážitky šikany. Dle studie Hillierové et al. (2010) se fyzická šikana a fyzické ubližování jeví jako více rizikové, nežli verbální šikana nebo slovní napadení. Příkladem homofobní šikany je například: dostat pěstí nebo být zbit, nespravedlivé jednání ze strany institucí i osob, sekundární viktimizace LGBTQ+ osob ze strany médií i konkrétních pracovníků (např.: justičních), posměšky nebo vulgární nadávky aj., kdy klíčové je, že k šikaně dochází na základě (předpokládané) homosexuální orientace oběti. Studie, které se zabývají homofobní šikanou, se shodují na tom, že šikana hraje roli v rozvoji sebevražedného chování takto napadených homosexuálů (Burton et al., 2013; Earnshaw et al., 2016; Lea et al., 2014; Wang et al., 2018). Homofobní šikana je nejčastější během dospívání a adolescence, zároveň platí, že s vyšším věkem se míra šikany snižuje (Birkett et al., 2015), i přesto mohou následky šikanování trvat až do mladší dospělosti (Earnshaw et al., 2016). V současnosti lze do výše zmíněné množiny homofobní šikany zahrnout i kyberšikanu homosexuálních adolescentů, ke které dochází v online prostředí a která se jeví jako další rizikový faktor sebevražedného chování (Duong & Bradshaw, 2014). Vzhledem k tomu, že chybí výzkumné studie zaměřené na kyberšikanu homosexuálních dospělých, lze pouze předpokládat, že homofobní kyberšikana bude mít obdobný negativní efekt na dospělé ne-heterosexuální populaci jako má na homosexuální adolescenty.

Další faktory přispívající k rozvoji suicidálního chování (hlavně suicidálních myšlenek), které mohou zároveň souviset s výše zmíněnou šikanou, jsou i **LGBTQ+ stigma, diskriminace na základě homosexuální orientace a předsudky vůči homosexuálům** (Almeida et al., 2009; Cho & Sohn, 2016; Kaniuka et al., 2019; Kohlbrenner et al., 2016; Lea et al., 2014). Tyto faktory úzce souvisí s menšinovým stresem, jedná se o stresory, se kterými se potýká subpopulace ne-heterosexuálních osob (např.: diskriminace ve veřejném prostředí ze strany oficiálních institucí, úřadů a vlády i jednotlivých osob, diskriminace v pracovním prostředí, předsudky jako „homosexualita je špatná a proti přírodě“, strukturální stigma – nemožnost uzavřít manželství, šikana aj.). Takovéto stresory mohou mít aditivní efekt k obecným rizikovým faktorům a mohou ovlivnit copingové strategie jedince, což může vést ke zvýšenému riziku suicidálního chování (Hatzenbuehler, 2009; více v podkapitole 1.3.1 Teorie menšinového stresu).

Prožívání diskriminace, negativních postojů a předsudků, odmítnutí okolím, mediální reprezentace homosexuality nebo i legislativa namířená proti homosexuálům může vyústit v sebe-stigmatizaci, kdy jedinec internalizuje tyto negativní postoje do vlastního systému sebepojetí (Hatzenbuehler, 2009; Meyer, 2003; Pitoňák, 2017a). Kromě toho může hrát roli i náboženské přesvědčení, se kterým se homosexuálové dostávají do styku (např.: vlastní náboženské přesvědčení nebo v rodině a okolí) a které neschvaluje jejich sexuální orientaci a způsob života. Homosexuálové žijící v takovémto prostředí vykazují vyšší míru tzv. internalizované homofobie (Barnes & Meyer, 2012). Pod ne zcela přesným pojmem **internalizovaná homofobie** (nebo také **internalizovaná homonegativita, internalizované sexuální stigma** nebo **internalizovaný heterosexismus**) je míněna sebe-stigmatizace, neboli vnímání negativních sociálních postojů vůči homosexualitě, které může vyústit v proces zvnitřnění těchto negativních postojů do vlastního sebepojetí jedince (Hatzenbuehler, 2009; Meyer, 2003; Pitoňák, 2017a) a která může přispívat k rozvoji menšinového stresu (viz podkapitola 1.3.1 Teorie menšinového stresu). Studie (McDaniel et al., 2001; Pereira & Rodrigues, 2015; Skerrett et al., 2015), které se zabývaly internalizovanou homofobií jako rizikovým faktorem sebevražedného chování, ukazují, že ti homosexuálové, kteří zcela nepřijali svou orientaci a cítili se ohledně ní špatně, internalizovali negativní společenské postoje vůči LG a zvnitřnili i prožívanou hanbu spojenou s jejich orientací, vykazují vyšší riziko suicidálního chování. Pereira & Rodriguesová (2015) uvádí, že gayové trpí internalizovanou homofobií více než lesby, což lze dle Hereka (2009) vysvětlit tím, že gayové jsou ve společnosti lépe rozpoznatelní než lesby a tudíž na ně více dopadají výše zmíněné negativní vlivy a ostrakizace společností.

Přestože religiozita může být protektivním faktorem v obecné populaci (viz kapitola 3. Protektivní faktory a prevence suicidality), studie Hillierové et al. (2010) a Gibbse & Goldbacha (2015)

poukazují na to, že adolescenti a mladí dospělí s ne-heterosexuální orientací, kteří jsou věřící (nejčastěji křesťané) nebo vyrůstali ve věřící rodině, vykazovali vyšší míru sebevražedných myšlenek, sebepoškozování i suicidálních pokusů. Tento jev pravděpodobně souvisí s odmítnutím (a nebo předpokládaným odmítnutím) homosexuálního jedince rodinou anebo komunitou kvůli náboženským přesvědčením, které odmítají homosexualitu, případně se může jednat i o osobní intrapsychický konflikt mezi vlastní sexualitou a osobní vírou jedince (Hillier et al., 2010). Dle výsledku výše uvedené studie Hillierové a kolegů, ti, kteří svou sexuální orientaci své nábožensky orientované rodině a okolí sdělili, dostali méně pravděpodobně sociální podporu od rodičů, učitelů i školních poradců. Nízká sociální podpora je jedním z rizikových faktorů suicidality a může přispět k rozvoji sebevražedného chování. Jiná studie Barnese & Meyera (2012), která se věnovala různým náboženským příslušnostem ve spojení s internalizovanou homofobií (viz výše) a psychickému zdraví u homosexuálních dospělých, ukazuje, že ti jedinci, kteří žijí v prostředí, ve kterém jsou v kontaktu s náboženstvím, které jejich sexuální orientaci neschvaluje a nepřijímá, vykazují vyšší míru internalizované homofobie. Výsledky studie Blossnicha et al. (2020) ukazují, že mladí dospělí s ne-heterosexuální orientací, kteří jsou zároveň křesťané, nebo katolíci, vykazují vyšší pravděpodobnost výskytu suicidálních myšlenek než nevěřící ne-heterosexuálové. **Příslušnost k náboženství v rodině a okolí, nebo nesoulad sexuální identity s vlastním náboženským přesvědčením (případně obojí)**, v situaci kdy je náboženská ideologie namířená proti ne-heterosexuální orientaci, je tedy možné vnímat také jako rizikové faktory pro rozvoj suicidálního chování (Gibbs & Goldbach, 2015; Hillier et al., 2010; Skerrett et al., 2015).

Proměnné spojené s coming outem (např.: stres spojený s coming outem, brzké odhalení sexuální orientace nebo negativní reakce okolí po coming outu aj.), lze považovat za specifický rizikový faktor této subpopulace. Coming out je proces, kterým jedinec poznává a akceptuje vlastní menšinovou sexuální identitu nebo se v užším smyslu navíc jedná přímo o svěření se či odhalení okolí (rodině, přátelům) vlastní sexuální orientace. Jedná se o nelehké sdělení, které se v průběhu života člověka s homosexuální orientací neustále opakuje, jelikož stále poznává nové lidi, pracuje v novém prostředí apod. Heterosexuální populace se s touto situací během života vypořádávat nemusí. Jak uvádí Hegnaová & Wichstrøm (2007), přestože společnost se v současnosti mění a je stále více akceptující a tolerantní, stále existuje šance, že další člověk, kterému homosexuál odhalí svou orientaci, bude reagovat negativně nebo váhavě. Dopad negativní reakce na coming out je rozebrán v odstavcích níže. Proces coming outu je spojený s vysokou mírou stresu a téměř každý homosexuálně orientovaný jedinec si prošel alespoň jedním stresujícím coming outem (Charbonnier & Graziani, 2016). Například výsledky studie provedené v českém prostředí (Fialová et al., 2019), které se zúčastnilo necelých 1700 respondentů, ukazují, že necelá polovina (49 %)

zúčastněných je o své sexuální orientaci svému okolí (tj. veřejně odhalila svou sexuální orientaci) zcela otevřena nebo je otevřena téměř všem. Na druhou stranu 25 % zúčastněných svou orientaci odhalilo méně než polovině svého okolí a zhruba 4 % svou orientaci nikdy nikomu neodhalilo (Fialová et al., 2019). Svěřit se okolí ohledně své sexuální orientace není jednoduchý úkol, jedná se o náročnou životní situaci spojenou se stresem. Takováto událost může mít aditivní efekt k dalším rizikovým faktorům sebevražedného chování.

Co se týče rizikových faktorů spojených s coming outem, **brzký coming out (neboli early coming out)** může být takovýmto faktorem a může predikovat suicidální chování (Hegna & Wichstrøm, 2007; Wang et al., 2018). Autoři studií označili jako brzký coming out takový, který proběhl zhruba mezi 12 až 15 rokem dospívajícího nebo dříve. Brzký coming out logicky souvisí i s brzkou identifikací s homosexuální orientací. Harrisonová (2003) zdůrazňuje, že proces coming outu je jednou z klíčových událostí během dospívání a první coming out je velmi významný pro další rozvoj sexuální identity jedince a zároveň může na dospívajícího působit jako významný stresor. Dospívající se v takovéto situaci může setkat s odmítnutím nebo nepřijetím rodinou či vrstevníky, což je dalším rizikovým faktorem suicidality (viz níže). Taková situace je obzvláště pro dospívající náročná, jelikož ještě nemusí mít dostatečně rozvinuté a osvojené funkční copingové strategie, zároveň pokud ztratí i sociální oporu (rodinu, vrstevníky), může brzký coming out vést ke zvýšené suicidalitě (Wang et al., 2018). Zároveň děti v pubertálním věku dokáží být velmi kruté a nepřátelské vůči svým vrstevníkům, kteří se nějakým způsobem odchyľují od normy, což může vést k nízké sociální podpoře dospívajících homosexuálů a k rozvoji negativního sebeobrazu (Hegna & Wichstrøm, 2007). Na druhou stranu studie Russella et al. (2014) ukazuje, že pokud došlo ke coming outu mezi vrstevníky později během dospívání, tedy až na střední škole (čili zhruba ve věku 15 až 19 let), vykazovali tito jedinci v mladší dospělosti nižší míru depresivity, vyšší sebevědomí i životní spokojenost (i navzdory možné šikaně, nepřijetí apod. během studia na střední škole), než ti, kteří svou sexuální orientaci během střední školy tajili.

S odhalením sexuální orientace souvisí i reakce okolí na toto sdělení, která může být samozřejmě různá. **Odmítnutí nebo nepřijetí sexuální orientace** homosexuálně orientovaných mladých dospělých rodinou nebo jinými důležitými blízkými, ale i vrstevníky, je rizikovým faktorem sebevražedného chování u těchto osob (Haas et al., 2011; Hillier et al., 2010; Ryan et al., 2009). Autoři Ryanová et al. (2009) zmiňují, že ti homosexuálové, kteří zažili odmítnutí rodinou během adolescence kvůli jejich sexuální orientaci, vykazují až 8× vyšší míru suicidálních pokusů než ti, kteří se s odmítavou reakcí rodiny nesetkali nebo setkali jen minimálně. Ti, kteří odhalili svou sexuální orientaci okolí a setkali se převážně s negativními reakcemi jako je odsouzení, nepřijetí

nebo odmítnutí, prožívají negativnější pocity ohledně jejich sexuální orientace a uchylují se k sebevražednému chování častěji než ti, kteří se setkali s pozitivní reakcí okolí (Hillier et al., 2010). **Negativní reakce na coming out** (ať už ze strany rodiny nebo přátel) může být sama o sobě rizikovým faktorem suicidality mladých homosexuálů (Hillier et al., 2010; Marshal et al., 2011; Ryan et al., 2009). Puckettová et al. (2017) dle výsledků studie tvrdí, že adolescenti, kteří po coming outu ztratili většinu kamarádů, vykazovali až 29× vyšší riziko sebevražedných pokusů než ti homosexuálně orientovaní adolescenti, kteří neztratili žádné kamarády. Tento jev může mít velmi negativní dopad hlavně v rámci puberty a adolescence, kdy jsou vrstevníci v životě dospívajícího extrémně důležití. Výzkumy na toto téma jsou vedené zejména pro věk adolescence, výzkum zaměřený na tento rizikový faktor v mladé dospělosti se mi nepodařilo dohledat. Přesto se lze domnívat, že sexuální orientace a vliv vnějšího sociálního okolí (kamarády) sice už nemusí být v tomto období tak silný, ale pocit přijetí okolím patří k základním potřebám, a proto i v mladé dospělosti může případné nepřijetí vytvářet riziko pro rozvoj suicidálního chování. Zároveň negativní reakce na coming out nemusí nutně zvyšovat pouze aktuální suicidální riziko, ale může dlouhodobě přispívat jako jeden z několika rizikových faktorů a jejich kumulace může vyústit v rozvoj sebevražedného chování.

S negativními reakcemi či nepřijetím okolí souvisí i **nízká sociální opora nebo přímo ztráta sociální opory**, které patří mezi obecné rizikové faktory sebevraždy (viz 2.1 Obecné rizikové faktory). V České republice zhruba každý desátý homosexuálně orientovaný muž vykazuje chybějící sociální podporu, přičemž nejhůře je na tom skupina mužů ve věku 15 až 19 let, a to pravděpodobně kvůli tomu, že tato skupina právě v této době nejčastěji prochází coming outem (Fialová et al., 2019). Studie Mustanskiho & Liua (2013) zmiňuje, že nízká sociální podpora u homosexuálních adolescentů je asociována s vyšším výskytem sebevražedných myšlenek. Wang et al. (2018) také tvrdí, že jedinci, kteří měli nízkou sociální oporu v rodině během dětství a dospívání, vykazují vyšší riziko sebevraždy v mladé dospělosti. I u homosexuálních dospělých přispívá nízká sociální podpora k rozvoji suicidálního chování (Chang et al., 2020; Plöderl & Fartacek, 2005).

Dle studie autorů Choa & Sohna (2016) se jako rizikový faktor jeví i **nedobrovolný coming out** (tzv. outing). Dle výsledků jejich studie dospělých homosexuálních mužů vykazovali ti, kteří prožili nedobrovolné odhalení sexuální orientace, nejvyšší prevalenci suicidálních myšlenek i pokusů o sebevraždu ve srovnání s muži, kteří dobrovolně odhalili svou sexuální orientaci nebo ji neodhalili vůbec.

Genderová nekonformita (gender nonconformity) v dětství a dospívání (ale i v dospělosti), byla propojena se sebevražděným chováním (Plöderl & Fartacek, 2009; Spivey & Prinstein, 2019) a lze ji pokládat za další rizikový faktor tohoto chování u homosexuálních osob, ale i heterosexuálních osob, které se chovají genderově netypicky. Slovník Americké Psychologické Asociace (APA, n.d.a) definuje genderovou nekonformitu jako „chování, které se liší od chování ostatních stejného pohlaví nebo od kulturních očekávání mužského a ženského pohlaví“. Jedná se například o odlišný vzhled jedince, jeho styl oblékání nebo způsob chování (mluva, chůze, neverbální projevy aj.). Studie Plöderla & Fartaceka (2009) zkoumala tento faktor retrospektivně u dospělých, autoři srovnávali ne-heterosexuální dospělé s heterosexuálními, dle výsledků vykazovali ne-heterosexuální dospělí, kteří byli v dětství považováni za genderově nekonformní, vyšší výskyt aktuálního sebevražděného chování oproti heterosexuálním participantům. Tyto výsledky se shodují se studií Spiveye & Prinsteinové (2019), kteří genderovou nekonformitu zkoumali u dospívajících (všech sexuálních orientací) a označili ji za důležitý faktor, který zvyšuje výskyt sebevražděného rizika v tomto období. Na druhé straně Mustanski & Liu (2013) žádnou spojitost mezi genderovou nekonformitou a suicidálním chováním nenašli.

Diskutabilním faktorem specificky pro homosexuálně orientované muže je **riziko nákazy HIV, nebo již pozitivní HIV status** (Paul et al., 2002). HIV/AIDS patří mezi chronická, celoživotní onemocnění a jedná se tak o rizikový faktor (viz 2.1 Obecné rizikové faktory). Samotné sdělení pozitivního výsledku je pro dotyčného šokem a vyrovnávání se s ním je doprovázeno zvažováním omezení v sexualitě, může se dostavit i pocit, že jeho sexuální život skončil (Procházka, 2010b). HIV se přenáší vícero způsoby, jeden z nich je sexuální přenos při análním styku bez ochrany (HIV Prevence, n.d.), který patří mezi běžné sexuální praktiky homosexuálních mužů. Dle Státního Zdravotního Úřadu [SZÚ] (2020) patří gayové a bisexuálové do skupiny osob se zvýšenou rizikovostí nákazy HIV. Podle studie (Fialová et al., 2019) realizované v ČR u subpopulace mužů, kteří mají sex s muži, mělo 59 % těchto mužů anální styk bez kondomu s nestálým partnerem, kdy většina těchto mužů nevěděla, zda je náhodný partner HIV pozitivní či nikoliv. Existují studie (např.: Carrico et al., 2010), které ukazují, že sebevražděné myšlenky jsou propojeny s pozitivními výsledky testu na HIV a rizikem nákazy HIV, nebo že homosexuální muži, kteří byli HIV pozitivní, měli pravděpodobněji vytvořený sebevražděný plán, ale nevykazovali vyšší míru suicidálních pokusů (Paul et al., 2002). Na druhou stranu jiné studie (Gibbie et al., 2011; Chen et al., 2015) nenašly žádný důkaz o tom, že by pozitivní HIV status měl vliv na suicidální myšlenky mužů, kteří mají sex s muži. Procházka (2010b) uvádí, že homosexuální mužské páry reagují na pozitivní výsledek stabilněji než heterosexuální páry, zřejmě z tohoto důvodu, že jsou na tuto eventualitu více připravení a jsou schopni si být větší oporou. Ferlatte et al. (2017) tvrdí, že suicidální myšlenky

a pokusy u gayů, kteří jsou HIV pozitivní, souvisí s **prožívaným stigmatem kolem HIV/AIDS** jako je například odmítnutí sexuálním partnerem, sociální exkluze, verbální i fyzická šikana aj. Autoři zároveň zdůrazňují, že pokud jedinec zažívá vícero forem stigmatizace, riziko sebevraždy se významně zvyšuje (Ferlatte et al., 2017).

INDIVIDUÁLNÍ ÚROVEŇ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mladší věk – adolescence, mladší dospělost ▪ Nekonformita s vlastním genderem ▪ Internalizovaná homofobie ▪ Brzká identifikace s homosexuální orientací ▪ Riziko nákazy HIV/AIDS
SOCIÁLNÍ ÚROVEŇ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Týrání a zneužívání rodinou během dětství ▪ Brzký coming out ▪ Šikana spojená se sexuální orientací (homofobní šikana) ▪ LGBTQ+ stigma, diskriminace a předsudky ▪ Příslušnost k náboženství v rodině nebo okolí, vlastní náboženské přesvědčení ▪ Odmítnutí či nepřijetí rodinou a okolím ▪ Negativní reakce okolí na coming out ▪ Nedostatek sociální opory, nebo přímo její ztráta ▪ Nedobrovolný coming out ▪ Genderová nekonformita

(adaptováno z de Graaf et al., 2006; Haas, 2011; Hillier et al., 2010; Hooven et al., 2011; Cho & Sohn, 2016; Lea et al., 2014; Paul et al., 2002; Plöderl & Fartacek, 2005, 2009; Ryan et al., 2009; Skerrett et al., 2015; Wang et al., 2018)

Tabulka 2 – **Přehled specifických rizikových faktorů u homosexuální subpopulace**

Kromě výše popsaných specifických rizikových faktorů je nutné brát v potaz i faktory obecné, jelikož motivace k sebevražednému chování homosexuálů nemusí pramenit z jejich sexuální orientace a s tím spojenými stresem a rizikovými faktory. Například studie Hillierové et al. (2010) uvádí, že někteří respondenti s homosexuální orientací, kteří uvažovali o sebevraždě nebo se o ni pokusili, nespojovali příčinu suicidálního chování s jejich sexuální orientací. Hrát roli může různá souhra obecných a specifických rizikových faktorů a tato kombinace je individuální u každého jednotlivce s homosexuální orientací.

3. **Protektivní faktory a prevence suicidality**

Protipólem rizikových faktorů jsou faktory protektivní neboli ochranné, které mohou vést ke snížení suicidálního rizika. APA (n.d.b) definuje protektivní faktor jako jasně definované chování nebo psychologické, enviromentální či jiné charakteristiky, které vedou ke snížení

pravděpodobnosti, že dojde k rozvoji určitého chování (nebo nemoci). Jedná se hlavně o osobnostní charakteristiky, vztahy s okolím, socio-kulturní faktory a další okolnosti, které mají potenciál zabránit rozvoji suicidálního chování. Bohužel zatím neexistuje dostatek informací k tomu, abychom přesně určili, který protektivní faktor vede k eliminaci konkrétního rizikového faktoru. Některé protektivní faktory se vztahují pouze na jeden rizikový faktor, jiné slouží více globálně jako ochrana proti několika rizikovým faktorům sebevraždy (WHO, 2014). V souvislosti s protektivními faktory se literatura věnuje i prevenčním programům, případně i preventivní intervenci či terapii klientů po suicidálním pokusu nebo se sebevražednými myšlenkami. V rámci této kapitoly je uveden stručný přehled protektivních faktorů pro obecnou populaci, dále se více věnuji hlavně těm protektivním faktorům, které hrají roli v homosexuální populaci. Zároveň uvádím informace ohledně prevence suicidality v obecné populaci i možná preventivní opatření zaměřené na LGBTQ+ komunitu.

Obecné protektivní faktory suicidality

Jak je patrné z předchozí části kapitoly, protektivních faktorů existuje celá řada a jsou individuálně proměnlivé. Různé kombinace níže uvedených faktorů mohou mít protektivní vliv vůči suicidálnímu chování. Protektivním faktorům však není v rámci výzkumných studií věnována taková pozornost jako rizikovým faktorům, přestože se jedná o klíčové informace při vyhodnocení suicidálního rizika, prevenci i případné intervenci atp. Mezi nejvýznamnější protektivní faktory, které literatura zmiňuje, patří **podpora okolí** – hlavně ze strany rodiny a přátel, **sebeúcta**, **resilience**, **efektivní pozitivní copingové strategie**, **dobrá socio-ekonomická status** a další (Bertolote, 2014; Holman & Williams, 2020; Praško, 2006; Sher, 2019; WHO, 2014; Žírková, 2015). Žírková (2015) navíc zmiňuje i ženské pohlaví, zodpovědnost vůči rodině, těhotenství, dítě/děti v rodině nebo adekvátní léčbu psychických i somatických onemocnění. Pro lepší přehlednost uvádím výčet těchto faktorů v tabulce 3. Vzhledem k tomu, že jsou tyto faktory obecné, vztahují se i k subpopulaci mladých homosexuálních dospělých a z části se překrývají s níže popsány specifickými protektivními faktory, které se u této subpopulace vyskytují.

Osobnostní a kognitivní charakteristiky	Socio-kulturní faktory	Další faktory
<ul style="list-style-type: none"> • Smysl vlastní hodnoty, sebeúcta • Vědomí vlastní hodnoty • Schopnost požádat o pomoc v případě potíží • Schopnost požádat o radu v případě důležitého rozhodnutí • Otevřenost vůči druhým a jejich návrhům řešení • Otevřenost v učení, problem solving • Schopnost komunikovat • Pozitivní a efektivní copingové mechanismy • Resilience • Spokojenost s vlastním životem 	<ul style="list-style-type: none"> • Dobré rodinné vztahy • Podpora rodiny • Oddané a důsledné rodičovství během dětství jedince • Dobré vztahy s přáteli, kolegy, sousedy apod. • Podpora od jiných adekvátních dospělých • Pocit sounáležitosti • Přátelé, kteří neužívají návykové látky • Orientace na pozitivní normy, tradice a hodnoty • Sociální integrace do společnosti skrze práci, přátele, víru aj. • Vnímání smyslu bytí (proč žít) 	<ul style="list-style-type: none"> • Vhodné stravovací a pohybové návyky • Dostatek kvalitního spánku • Dostatek slunečního světla • Religiozita, spiritualita • Prostředí bez drog apod. • Dobrý socioekonomický status • Přístup ke kvalitní psychologické i psychiatrické péči • Pozitivní přístup k psychoterapii

(adaptováno z Bertolote, 2014; Holman & Williams, 2020; Sher, 2019; WHO, 2014; Žirková, 2015)

Tabulka 3 – Přehled obecných protektivních faktorů

Prevence a preventivní přístupy

Sebevražednému chování lze předejít, a to skrze preventivní programy a preventivní intervence. Prevence je multidisciplinární proces, který zasahuje do mnoha sektorů společnosti (Kasal et al., 2019; WHO, 2014). Dle literatury lze rozlišovat prevenci primární, sekundární a terciární (Koutek & Kocourková, 2007; Žirková, 2015). **Primární prevence** zahrnuje činnosti zaměřené na obecnou podporu a rozvoj zdraví u všech osob (ale i individuální), snaží se zabránit výskytu a rozvoji poruch v populaci skrze odstraňování konkrétních rizikových faktorů (Koutek & Kocourková, 2007). **Sekundární prevence** se orientuje na včasnou detekci sebevražedného chování (nebo duševní poruchy) a na jeho intervenci (příp. léčbu), úkolem je zhodnotit přítomné rizikové faktory a případně poskytnout krizovou intervenci (Koutek & Kocourková, 2007). **Terciární prevence** (tzv. postsuicidální) usiluje o zmírnění následků suicidálního stavu a obnovení optimálního fungování jedince, zároveň se snaží zabránit dalšímu opakování chorobného stavu nebo symptomům poruchy (Koutek & Kocourková, 2007; Žirková, 2015). V rámci prevence je také klíčová diagnostika a adekvátní terapie přítomných duševních nemocí (např.: deprese) (Žirková, 2015). Prevence by měla zasahovat i do oblastí, které mohou ovlivnit dostupnost prostředků pro spáchání sebevraždy – například omezení nákupu určitých léčiv a jedů (pesticidy aj.), zpřísnění kritérií pro vydání zbrojního průkazu nebo zabezpečení míst a oblastí, kde je možný skok z výšky (střechy, mosty), apod. (Žirková, 2015).

Pro prevenci jsou klíčové preventivní programy a preventivní intervence (služby). Většina intervenčních a preventivních programů se zabývá hlavně redukcí nebo blokováním výše popsaných rizikových faktorů (viz kapitola 2. Rizikové faktory), avšak stejnou pozornost si zaslouží i protektivní faktory, které mohou vést ke zvýšení resilience osob vůči suicidálnímu chování (Bertolote, 2014; Sher, 2019; WHO, 2014). Bertolote (2014) se domnívá, že pokud se preventivní přístupy zaměří více na ochranné faktory, mohou tyto programy přinést lepší výsledky než ty, které se orientují spíše na eliminaci a blokování rizikových faktorů. Preventivní programy by se tedy měly rovnoměrně zaměřit jak na redukcí rizikových faktorů jedince, tak na rozvoj komunikace a interpersonálních vztahů i vhodných copingových strategií. WHO (2014) rozlišuje tři druhy preventivních strategií, které se orientují hlavně na redukcí rizikových faktorů, a to strategie univerzální, selektivní a indikované. **Univerzální přístupy** se snaží působit na celou populaci a mohou cílit na zlepšení dostupnosti zdravotní péče, propagování duševního zdraví, snížení užívání alkoholu nebo omezování přístupu k prostředkům pro sebevraždu (např.: zbraně, léky aj.) (WHO, 2014). **Selektivní preventivní přístupy** se zaměřují na konkrétní zranitelné skupiny osob (např.: LGBTQ+, uprchlíci, suicidální osoby, oběti násilí atp.) a věnují se edukaci a tréninku určitých profesí (např.: pracovníci linek důvěry, poradci ve školách, sociální pracovníci a další), které jsou v kontaktu s těmito skupinami osob, aby mohli poskytnout adekvátní pomoc (WHO, 2014). **Indikované přístupy** se zabývají konkrétními zranitelnými jedinci, v případě této práce se jedná o suicidální klienty nebo klienty po suicidálním pokusu. Zároveň zahrnují opatření pro ty, kteří opouštějí zdravotnická zařízení po hospitalizaci a věnují se též edukaci zdravotnického personálu a dalším činnostem (WHO, 2014).

Díky poznatkům výzkumu v posledních desetiletích vzniká stále více národních programů zaměřených obecně na prevenci sebevraždy, dle WHO (2014) oficiálně existuje takovýto preventivní program ve 28 státech, dle studie Platta et al. (2019) existuje nějaký preventivní program zhruba ve 38 státech, zároveň v průběhu druhé poloviny minulého století i ve 21. století mnoho států dekriminlizovalo sebevraždu, což umožnilo osobám se suicidálním chováním vyhledat pomoc bez strachu z možného postihu (WHO, 2014). Aktuálně neexistuje dostatek studií, které by zhodnotily účinnost těchto národních preventivních programů (Platt et al., 2019). Jedna z mála takových studií (Matsubayashi & Ueda, 2011) zhodnotila národní programy na prevenci suicidality ve 21 členských státech OEDEC. Výsledky této studie ukazují pokles v míře sebevraždy, a to hlavně u dospívajících a seniorů, ale v rámci dospělé pracující populace byl vliv těchto programů velmi malý. Kromě národních programů existují i jiné preventivní programy, které zaštiťují soukromé organizace a často se věnují konkrétnímu rizikovému faktoru (Matsubavashi & Ueda, 2011). Většina preventivních programů sebevraždy se orientuje hlavně na školní prostředí čili

děti a dospívající, nebo na osoby v důchodovém věku. V České republice se prevenci suicidality věnuje například Národní ústav duševního zdraví ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví (více v Kasal et al., 2019). Kasal et al. (2019) zmiňuje, že aktuálně v ČR v podstatě neexistuje program prevence sebevraždy, ale jeho tým vytvořil pro tuto problematiku akční plán (neboli NAPPS) na roky 2020–2030, který by mohl vyústit v efektivní preventivní opatření ve vztahu k suicidalitě. Mezi klíčová navrhovaná preventivní opatření v souladu s WHO v ČR patří: omezování dostupnosti prostředků k vykonání sebevraždy, efektivnější práce médií při informování o této problematice, dostupnost služeb pro osoby se zvýšeným rizikem spáchání sebevraždy, školení a vzdělávání, zajištění krizové pomoci osobám procházejícím krizí, zlepšování obecného povědomí o problematice skrze informační a osvětové kampaně a snižování stigma uživatele psychiatrické péče se zaměřením na problematiku sebevraždy, výzkum v oblasti sebevraždy a prevence a další (Kasal et al., 2019, str. 9–10).

K prevenci suicidality se vztahují i konkrétní intervenční služby, které může suicidální klient (nebo jeho blízcí) v případě potřeby vyhledat. Tyto služby by měly být propagovány preventivními programy. Patří sem krizová a poradenská síť, kam Žírková (2015) řadí: krizová centra a jeho služby, telefonické linky důvěry, psychoterapeutické a psychiatrické ambulance, pedagogicko-psychologické poradny, poradny zaměřené na konkrétní problematiku (např: protidrogové, protialkoholové poradny, manželské poradny aj.). Nejvíce dostupnou krizovou službou jsou linky důvěry (např.: Pražská linka důvěry, Linka Bezpečí), které jsou zdarma, často fungují nepřetržitě a je zde možnost vystupovat anonymně, což může být pro mnoho osob výhodou. Zároveň se některé linky důvěry orientují na konkrétní klientelu (např: děti a dospívající, senioři, těhotné ženy aj.), avšak všichni pracovníci krizových linek jsou proškolení pro práci se suicidálním klientem a měli by se orientovat i v problematice sexuální identity a orientace. V současnosti lze využít i možnosti online chatu v rámci některých linek důvěry. Všechny uvedené služby mohou být klientovi v náročné životní situaci nápomocné a mohou mu pomoci snížit suicidální riziko. Zároveň tyto služby mohou nabídnout další možnosti (jako individuální a skupinová psychoterapie, podpůrné skupiny aj.) a kontakty na konkrétní pracoviště, které dotyčný může využít v rámci stabilizace a optimalizace vlastního duševního zdraví.

3.1 Protektivní faktory a prevence suicidality u osob s homosexuální orientací

Vzhledem k tomu, že lidé s homosexuální orientací jsou vystaveni více stresorům (viz 1.3.1 Teorie menšinového stresu), což může vést k vyššímu riziku rozvoje suicidálního chování ve srovnání

s heterosexuální populací, hraje znalost a podpora protektivních faktorů homosexuálů významnou roli při vytváření a aplikování preventivních opatření (univerzálních i selektivních). Níže uvádím ty protektivní faktory homosexuálně orientovaných osob, kterým výzkum věnoval dostatečnou pozornost a jsou výzkumně podloženy. Kromě níže zmíněných specifických protektivních faktorů hrají roli samozřejmě i výše uvedené obecné protektivní faktory. Dále se v této podkapitole zabývám i specifickými požadavky ohledně preventivních opatření suicidality u homosexuálů, respektive celé subpopulace ne-heterosexuálů.

Protektivní faktory suicidality u osob s homosexuální orientací

Více autorů se shoduje na tom, že aktuálně nemáme dostatek informací a dat ohledně faktorů, které chrání jednotlivce s ne-heterosexuální orientací před rozvojem suicidálního chování (Haas et al., 2011; Sherman et al., 2014; Taliaferro & Muehlenkamp, 2017). Studie, které se tomuto tématu věnují, jsou z velké části zaměřeny na adolescenty, což je pochopitelné, jelikož se jedná o rizikový věk z hlediska rozvoje suicidálního chování u heterosexuálů i ne-heterosexuálů. I přesto je nutné, aby výzkum věnoval pozornost i dospělé populaci ne-heterosexuálů. Některé ochranné faktory z níže zmiňovaných jsou totožné s těmi pro obecnou populaci (např.: podpora okolí, pocit propojení s druhými), jiné jsou specifické pro tuto subpopulaci (např.: umožnění stejnopohlavního manželství aj.). Pro přehlednost opět níže uvádím výčet popsanych faktorů v tabulce 4, která obsahuje protektivní faktory specificky se vyskytující u subpopulace homosexuálních osob.

Důležitý protektivní faktor suicidality obecně, napříč různými populacemi, je **podporující prostředí či podpora okolí**. Shodují se na tom studie zaměřené na ne-heterosexuální adolescenty i mladé dospělé (Hatzenbuehler, 2011; Hillier et al., 2010; Mustanski & Liu, 2013; Ryan et al., 2009; Snapp et al., 2015). Podpora okolí se jeví jako protektivní faktor i v rámci dospělé populace (Kleiman & Liu, 2013; Plöderl & Fartacek, 2005). Důležitá je celková podpora jedince, ale také podpora související s jeho/její sexualitou (sexually-related support), která přichází hlavně ze strany rodiny, ale i vrstevníků, přátel a komunity, ve které dotyčný žije nebo se s ní setkává (Mustanski & Liu, 2013; Snapp et al., 2015). Jedna z forem podpory související se sexualitou je **přijetí sexuální orientace okolím**, a to hlavně rodinou, během adolescence jedince. Jedná se zároveň o významný ochranný faktor, který je pozitivně asociován s dobrým duševním zdravím a pohodou hlavně dospívajících, ale i mladých dospělých (Ryan et al., 2009; Snapp et al., 2015).

U dospívajících s ne-heterosexuální orientací je důležitým protektivním faktorem i **podporující a bezpečné školní prostředí** (Eisenberg & Resnick, 2006; Hillier et al., 2010; Taliaferro & Muehlenkamp, 2017). Hillierová et al. (2010) uvádí, že mladí lidé, kteří hodnotili jejich školní

prostředí jako podporující a bezpečné, se méně sebepoškozovali a vykazovali nižší pravděpodobnost uskutečnit sebevražedný pokus.

Pocity propojení (connectedness) s druhými lidmi či s komunitou lidí mohou vést ke snížení účinku stresorů, které zažívají osoby, které jsou součástí menšin (včetně homosexuálů) a tyto pocity mohou pozitivně ovlivnit duševní pohodu i zdraví těchto osob (Taliaferro & Muehlenkamp, 2017).

Rodinná sounáležitost (family connectedness) (Eisenberg & Resnick, 2006; Taliaferro & Muehlenkamp, 2017) i **propojení s jiným dospělým** (nejčastěji pracovníkem ve škole, apod.) (Duong & Bradshaw, 2014; Eisenberg & Resnick, 2006; Taliaferro & Muehlenkamp, 2017) jsou dle odborných studií protektivními faktory nejen suicidality, a to hlavně v období dospívání. V mladém věku může být významná i komunita, ve které jedinec žije nebo se s ní stýká a která mu poskytuje určitou formu podpory, proto se i pocit **propojení s LGBTQ+ komunitou** jeví jako protektivní faktor suicidálního chování u homosexuálně orientovaných osob (Kaniuka et al., 2019; Kertzner et al., 2009).

Významný faktor, který může mít pozitivní dopad na duševní zdraví a pohodu, a eventuelně i na rozvoj suicidálního chování ne-heterosexuálů, je **správně nastavená legislativa a politika státu vůči LGBTQ+ komunitě** (Erlangsen et al., 2019; Hatzenbuehler, 2009; Hatzenbuehler, 2011; Hatzenbuehler et al., 2010; Raifman et al., 2017). Pitoňák (2018) v této souvislosti hovoří o konceptu tzv. sexuálního občanství, který obsahuje spektrum právních, sociálních a kulturních otázek a požadavků, včetně výše zmíněné legislativy, která má dopad na život osob s ne-heterosexuální orientací. Konkrétně se jedná například o problematiku zákonů, které zakazují, omezují nebo nějakým způsobem upravují konsenzuální „homosexuální styky“, veřejného uznání LGBTQ+ osob – právo na sebeurčení, sebevyjádření (hlavně u transgender osob), nebo (ne)možnost uzavřít manželský sňatek a další (více v kapitole 5). Aktuální témata sexuálního občanství ne-heterosexuálně orientovaných lidí v ČR (ale i ve světě) jsou rovnost manželství (nyní je v ČR možnost pouze registrovaného partnerství), rodičovství stejnopohlavních párů (možnost adopce, umělého oplodnění apod.) a ochrana proti diskriminaci na základě sexuální orientace (viz podkapitola 1.3.2 Suicidality v kontextu homosexuální orientace). Pokud jsou výše zmíněná legislativní opatření nastavena správně, mohou mít pozitivní a pravděpodobně i preventivní dopad na duševní zdraví a pohodu ne-heterosexuálních osob (Hatzenbuehler, 2009; Hatzenbuehler, 2011). Konkrétně to ukazuje například studie Raifmanové et al. (2017), která srovnávala státy, které neumožňují LGBTQ+ osobám uzavřít rovnoprávné manželství s těmi státy, které toto umožňují. Studie ukazuje, že v těch státech, které povolily stejnopohlavní sňatek, došlo k poklesu sebevražedného chování mezi dospívajícími. Jiná studie (Erlangsen et al., 2019), která sledovala

sebevražednost u stejnopohlavních manželství a srovnávala je s heterosexuálními svazky v Dánsku a Švédsku v letech 1989 až 2016, ukázala, že v posledních letech (2003–2016) došlo k výraznému poklesu sebevražd u stejnopohlavních manželství. Autoři studie uvádějí, že vysvětlení tohoto jevu není jednoznačné a zmiňují několik možností, pokles například vysvětlují změnou společenského vnímání, kdy zákony vedou k větší svobodě a rovnoprávnosti LGBTQ+ a homosexualita je ve skandinávských zemích i jinde více akceptovaná (více v Erlangsen et al., 2019). Zatím neexistuje mnoho studií na toto téma, ale lze předpokládat, že stabilní homosexuální vztah, ve kterém mají jedinci **možnost uzavřít rovnoprávné manželství**, bude fungovat jako protektivní faktor, podobně jako u heterosexuální populace může být manželství nebo dlouhodobý vztah protektivním faktorem (Haas et al., 2011; Masocco et al., 2010).

Několik autorů (Mustanski & Liu, 2013; Wang et al., 2018) také zmiňuje, že kvalitní **edukace ohledně LGBTQ+, poradenství** zaměřené na přijetí a akceptaci těchto osob pro rodinu a blízké homosexuálně orientovaného jedince, nebo přímo **intervence v rodině** (např.: psychoterapie), mohou u jedince v budoucnu snížit výskyt suicidálního chování. Zmíněná edukace o LGBTQ+ úzce souvisí s prevencí suicidálního chování (viz níže).

- Podporující prostředí, podpora okolí
- Přijetí sexuální orientace okolím
- Bezpečné a podporující školní prostředí v rámci dospívání
- Pocity propojení s rodinou, s jiným dospělým nebo LGBT komunitou
- Legislativní kroky směrem ke zrovnoprávnění LGBTQ+ osob
- Edukace o LGBTQ+, poradenství a intervence pro rodinu (a blízké)

(adaptováno z Haas et al., 2011; Hillier et al., 2010; Hatzenbuehler et al., 2010; Kaniuka et al., 2019; Mustanski & Liu, 2013; Raifman et al., 2017; Ryan et al., 2009; Snapp et al., 2015; Taliaferro & Muehlenkamp, 2017; Wang et al., 2018)

Tabulka 4 – Přehled protektivních faktorů specificky se vyskytujících u osob s homosexuální orientací

Uvedené protektivní faktory zajisté nejsou všechny, které hrají roli u ne-heterosexuálních osob z hlediska suicidálního chování, ale jedná se o ty, kterým výzkum věnoval největší prostor. Je nutné, aby bylo protektivním faktorům věnováno více pozornosti v rámci výzkumu (např.: stabilní homosexuální vztah jako protektivní faktor, umožnění adopce a další), což může vést k lepším preventivním opatřením a programům, které s těmito faktory úzce souvisí a měly by je obsahovat (viz dále).

Prevence suicidality u homosexuálních mladých dospělých

V České republice zatím bohužel neexistují specifická opatření proti suicidalitě, která by cílila na subpopulaci ne-heterosexuálů nebo přímo homosexuálů. Jak uvádí Kasal et al. (2019), v ČR

v podstatě neexistuje žádná prevence sebevražd ani pro obecnou populaci. Dle reportu Warnera & Roozendaala (2007) pro Radu Evropy, je výskyt sebevražd u mladých LGBTQ+ lidí možné snížit, a to v případě, kdy budou přijata určitá opatření proti homofobii a zároveň opatření zaměřená na podporu LGBTQ+ komunity (viz níže). V jiných státech Evropy (např.: Nizozemí nebo UK), Austrálii nebo v USA, již existují preventivní programy a opatření zaměřená na tuto subpopulaci a Česká republika by je mohla zohlednit při tvorbě vlastních preventivních programů pro LGBTQ+. Tvorba těchto opatření není jednoduchá, jelikož určitá část homosexuálně orientovaných jedinců svou orientaci skrývá až do mladší dospělosti (King et al., 2008), což jim komplikuje dostupnost k prevenčním programům i intervenčním službám (Sherman et al., 2014).

Univerzální preventivní opatření sebevražednosti navrhovaná například Kasalem et al. (2019) (viz výše v kapitole 3) by měla cílit na celou populaci a měla by tedy chránit i osoby s ne-heterosexuální orientací (včetně homosexuálů). Dle Haasové et al. (2011) jsou však tyto univerzální preventivní programy nedostatečné a poskytují jen malé vodítko pro rozvoj programů, které se konkrétně zaměřují na LGBTQ+ komunitu. Osobám s ne-heterosexuální orientací by také měly být dostupné stejné intervenční služby (např.: linky důvěry, krizová centra, psychiatrické a psychologické ambulance aj.) jako obecné populaci, a nabízí se tedy otázka, zda je nutná existence intervenčních služeb a preventivních programů konkrétně určených pro LGBTQ+ komunitu. Goldbach et al. (2019) se touto otázkou zabývali a dle výsledků jejich šetření hrají tyto specificky orientované služby, konkrétně linky důvěry, významnou roli v prevenci suicidality u ne-heterosexuálních adolescentů a mladých dospělých. Zhruba jedna čtvrtina všech zúčastněných by v případě potřeby nekontaktovala linku důvěry, která není specificky orientovaná na ne-heterosexuály (Goldbach et al., 2019). Většina těchto respondentů uvedla, že kontaktují raději linku, která se zaměřuje na LGBTQ+ komunitu hlavně proto, že taková služba uznává, potvrzuje a přijímá jejich neheterosexualitu a dokáže pracovat s LGBTQ+ tématy lépe než jiné linky důvěry, které dříve kontaktovali (Goldbach et al., 2019). Lidé s ne-heterosexuální orientací, hlavně ti, kteří svou orientaci utajují, mohou mít potíže najít někoho, s kým mohou sdílet své problémy a pocity spojené s jejich orientací a je pochopitelné, že se raději obracejí na služby, které se věnují problematice LGBTQ+ a mají k tomu proškolený personál (Goldbach et al., 2019; Chaudoir et al., 2013). Sexuální menšiny jsou ve zvýšeném riziku rozvoje sebevražedného chování, ale zároveň se jedná o subpopulaci, u které je nejméně pravděpodobné, že specifické intervenční programy, na ni zaměřené budou mít dosah, například z důvodu, že se někteří neidentifikují jako součást sexuální menšiny a tím pádem se nemusí dostat ke konkrétním preventivním a intervenčním programům pro tuto subpopulaci určeným (Blosnich et al., 2016). Klíčové je tedy i zahrnutí LGBTQ+

subpopulace do univerzálních preventivních opatření a programů určených pro většinovou populaci (Haas et al., 2011).

Většina dostupných zdrojů na toto téma věnuje zvláštní pozornost prevenci LGBTQ+ adolescentů a mladých dospělých, jelikož se jedná o rizikovou skupinu z hlediska sebevražednosti (Miranda-Mendizábal et al., 2017), částečně se ale preventivní doporučení překrývají s těmi pro dospělou populaci a cílí na zlepšení životních podmínek a spokojenosti LGBTQ+ subpopulace. Například odborníci (Warner & Roozendaal, 2007) z Evropské lesbické, gay, bisexuální, trans a intersex asociace (ILGA-Europe) v reportu o suicidalitě mladých LGBTQ+ osob z roku 2017, vypracovali doporučení pro nastavení preventivních opatření členských států EU, ze kterých by mohla čerpat i Česká republika. Doporučení se týkají opatření na úrovni školství, veřejných edukativních kampaní, rodinných systémů, komunit, zdravotních a sociálních služeb a výzkumu (Warner & Roozendaal, 2007). Konkrétně Warner & Roozendaal (2007, str. 13–14) navrhuji:

1) Veřejné kampaně

- Vytvářet a podporovat osvětové a vzdělávací kampaně zaměřené na snižování homofobie, bifobie, transfobie apod. ve společnosti.

2) Rodiny

- Poskytnout podporu rodičům mladých LGBTQ+ osob skrze sdílení informací a postupů, edukaci, poradenství a zřízení podpůrných skupin pro rodiče ne-heterosexuálů.

3) Školství

- Přezkoumat a revidovat školní osnovy s cílem omezit stereotypy, rozvíjet rozmanitost různých životních stylů a identit a zajistit spravedlivé zastoupení sexuálních menšin.
- Učitelům a dalšímu školnímu personálu poskytnout školení s cílem zvyšovat povědomí o sexuální diverzitě, aby byli schopni pozitivně hovořit o tématech spojených s homosexualitou, bisexualitou nebo genderem obecně a zároveň byli připraveni poskytnout studentům podporu a pochopení.
- Podporovat politiku rozmanitosti ve školách, včetně zařazení jasných pravidel a postupů proti šikaně, které se konkrétně zabývají šikanou sexuálních menšin. Současně je nutné, aby byli vyučující proškoleni v oblasti šikany obecně i šikany cílené na studenty s ne-heterosexuální orientací.

- Zavedení obecných předpisů zaměřených na ochranu LGBTQ+ učitelů a ostatního personálu, poskytnutí specifické podpory těmto zaměstnancům při řešení homofobních postojů ze strany žáků nebo jiných zaměstnanců či rodičů.
- Aktivně podporovat a chránit jedince (studenty, učitele aj.), kteří se chtějí aktivně účastnit na propagaci výše uvedených doporučení na svých školách a institucích.

4) Komunita

- Podporovat vytváření různých skupin pro mladé LGBTQ+ lidi (volnočasové, podpůrné apod.) a následně jim vyjadřovat podporu.
- Podporovat rozvoj pozitivního přístupu k rozmanitosti (včetně sexuálních menšin) v těchto skupinách a sportovních klubech.

5) Zdravotnictví a sociální služby

- Ve zdravotnictví a sociálních službách podporovat politiku diverzity, zajistit školení pracovníků v těchto službách s cílem zvýšit povědomí o potřebách LGBTQ+ osob a zpochybnit stávající stereotypy a předsudky o těchto osobách.
- Současně podporovat pracovníky ve zdravotnictví a sociální oblasti ve vytváření bezpečného a otevřeného prostředí pro LGBTQ+ osoby (např.: prokázáním úcty a respektu, poskytnutím informací apod.).

6) Výzkum

- Výzkum efektivní prevence suicidálního rizika u sexuálních menšin a v oblasti faktorů, které podporují pozitivní rozvoj mladých LGBTQ+ osob. Zároveň výzkum v oblasti zdraví a well-being mladých transgender osob.

7) Legislativa

- Preventivní opatření suicidality LGBTQ+ subpopulace by také měla hájit politická garnitura, jakožto se i zasazovat o změnu legislativy, která vytváří nerovnost a stigma na základě sexuální orientace (např.: nemožnost uzavřít rovnoprávné manželství, adopce dětí aj.) a která může mít negativní dopad na duševní zdraví této subpopulace (Haas et al., 2011; Raifman et al., 2017).

Výše uvedená doporučení (1 až 6) Warnera & Roozendaala (2007) se v podstatě shodují i s jinými autory, kteří se problematikou prevence sebevraždnosti u ne-heterosexuálů zabývali (např.: Blosnich et al., 2016; Haas et al., 2011; Hillier et al., 2010; Skerret et al., 2015). Hillierová et al.

(2010, str. 107–109) navíc zmiňují preventivní doporučení v oblasti bezpečnosti na veřejnosti a v kyberprostoru (viz níže), jelikož osoby s ne-heterosexuální orientací stále zažívají napadení na veřejnosti (fyzické i verbální) i na internetu a nemusí pro ně být jednoduché šikanu nebo trestný čin nahlásit (např.: protože stále utajují svou orientaci).

8) Bezpečnost ve veřejném prostoru

- Policejní programy, které se v rámci školení zabývají problematikou LGBTQ+ a které spolupracují s LGBTQ+ komunitou a snaží se usnadnit sexuálním menšinám hlášení trestných činů, by měly být chráněny a podporovány.

9) Bezpečnost v kyberprostoru

- Jelikož internet často mladým LGBTQ+ lidem poskytuje specifickou formou podporu a pocit bezpečí, měly by programy kybernetické bezpečnosti brát v potaz specifické potřeby těchto mladých lidí s ne-heterosexuální orientací a autoři těchto programů by se měli snažit mladým ne-heterosexuálům porozumět.

Kromě toho autoři zmiňují i konkrétní doporučení ohledně sexuální výchovy ve školách, která by měla obsahovat i témata spojená s rozmanitostí sexuální orientace a zařazení informací o ne-heterosexuální orientaci už na základní školy, jelikož mnoho LGBTQ+ osob si svou orientaci uvědomí právě v období docházky na základní školu (Hillier et al., 2010). V rámci preventivních programů pro děti a dospívající s ne-heterosexuální orientací Shermanová et al., (2014) zdůrazňuje, aby se tyto programy věnovaly především podpoře budování rodinné podpory, Hillierová et al. (2010) vyzdvihuje důležitost edukace (např.: informace o LGBTQ+ by měly být zahrnuty v běžně dostupných materiálech o zdraví adolescentů) a podpory rodičů, kteří by měli být připraveni na možný coming out svých dětí apod. Haasová et al. (2011) ve svých doporučeních pro preventivní opatření zmiňují i potřebu poskytovat informace, materiály a školení o suicidalitě ne-heterosexuálů organizacím, které se na tuto skupinu zaměřují anebo těm organizacím (pracovníkům), které se setkávají se suicidálními klienty. Zároveň by bylo na místě vytvořit více intervenčních služeb zaměřených přímo pro LGBTQ+ komunitu (Haas et al., 2011).

V České republice Beňová a kolegové (2007) vypracovali analýzu situace LGBTQ+ menšiny v ČR a na jejím základě vytvořili podrobná doporučení pro jednotlivá ministerstva vlády, která slouží ke snížení diskriminace a zlepšení životní situace LGBTQ+ menšiny u nás (podrobně v Beňová et al., 2007) a která jsou v podstatě v souladu i s výše uvedeným doporučením Warnera a Roozendaala

(2007). Přestože doporučení vznikla v roce 2007 a z většiny jsou stále aktuální a stále nebyla implementována do praxe.

Konkrétním příkladem aktuálně úspěšně fungujícího preventivního a intervenčního programu suicidality pro dospívající a mladé dospělé ne-heterosexuální osoby v USA je „The Trevor Project“ (dále jen TTP). TTP vznikl na konci devadesátých let a je cílený na LGBTQ+ dospívající a mladé dospělé do 25 let, poskytuje zdarma, anonymně a nonstop krizovou pomoc (telefonická, sms a chat) a zároveň vytváří různé workshopy a školení zaměřené na prevenci suicidality u mladých LGBTQ+ osob nebo orientované celkově na práci a komunikaci s LGBTQ+ mladými lidmi (TTP, n.d.). Kromě toho byla v rámci TTP vytvořena online sociální platforma – TrevorSpace, která je dostupná celosvětově (pouze v angličtině) a jejím cílem je vytvořit bezpečný online prostor pro LGBTQ+ mladé lidi mezi 13. až 24. rokem, kde se mohou podporovat a navazovat kontakty (TTP, n.d.). TTP zároveň usiluje o rovnoprávnost LGBTQ+ a osvětu ohledně této komunity (TTP, n.d.). Druhý úspěšný projekt zaměřený na tuto problematiku je „It Gets Better Project“ (dále jen IGBP), který byl založen v roce 2010 jako podpůrná kampaň na sociálních sítích pro LGBTQ+ mládež a přerostl v celosvětovou platformu, která se věnuje problematice LGBTQ+ sebevražd (IGBP, n.d.). Projekt funguje celosvětově i lokálně v rámci jednotlivých států, Česká republika bohužel zatím zapojena není, ale například sousední Rakousko nebo Španělsko, ano. IGBP se snaží propojovat LGBTQ+ komunitu a sloužit jako opora ne-heterosexuálům, kteří si procházejí těžkým životním obdobím. Současně se snaží o osvětovou a edukativní činnost ohledně LGBTQ+ tematiky nebo o změnu legislativy například v USA, kde podporuje LGBTQ+ politiky (IGBP, n.d.).

V České republice zatím žádná systematická preventivní opatření sebevražednosti ne-heterosexuálů ani podobné projekty jako výše uvedené neexistují, ale vzniklo u nás mnoho organizací, spolků, hnutí aj., které cílí na LGBTQ+ populaci a které poskytují různou formu podpory a pomoci ne-heterosexuálům v ČR (některé z nich uvádím v tabulce v příloze I). Níže uvedené organizace sice nejsou specificky orientované na problematiku prevence sebevražednosti mezi LGBTQ+, ale vzhledem k absenci univerzálních i selektivních preventivních opatření ze strany státu, mohou tyto soukromé organizace fungovat jako záchytný bod pro mnoho jedinců z této subpopulace. Je nezbytné, aby Česká republika systematicky začala jednat dle NAPPS 2020–2030 (viz Kasal et al., 2019), který sice zahrnuje subpopulaci ne-heterosexuálů do rizikových skupin sebevražednosti, avšak více se touto rizikovou skupinou nezabývá. Bylo by vhodné, aby univerzální preventivní programy zahrnuly i LGBTQ+ komunitu (např. propagace prevence skrze níže

uvedené organizace pro LGBTQ+ aj.) a aby byla v budoucnu vytvořena i prevence konkrétně zaměřená na tuto subpopulaci.

4. Vyhodnocení suicidálního rizika

Vyhodnocení sebevražedného rizika lze považovat za jednu z nejvíce náročných a stresujících výzev klinické praxe (Rudd et al., 2006). Při práci s klientem je klíčové správně vyhodnotit riziko sebevražedného chování, avšak tento úkol je velmi složitý, jelikož neexistuje zaručená metoda, jak odhalit, ve které fázi suicidálního vývoje se klient nachází nebo zda již došel k závěru, že ukončí vlastní život. Současná literatura však nabízí poměrně jednotná doporučení, jak pracovat se sebevražedným klientem a jak postupovat při vyhodnocení suicidálního rizika (např.: Oxford Handbook of Suicide (Nock, 2014) nebo APA Practice Guideline For The Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors (APA, 2003). Primárně se jedná o rozhodovací proces, zda je klienta nutné hospitalizovat, či nikoliv (Simon, 2012; Žirková, 2015).

V literatuře zaměřené na toto téma je kladen důraz na rozlišení mezi rizikovými faktory a varovnými signály suicidálního chování. Dle Rudda et al. (2006) jsou varovné signály nejčasněji detekovatelné znaky, které naznačují zvýšení suicidálního rizika v nejbližším období (v řádu minut, hodin nebo dnů), kdežto rizikové faktory se nevztahují na nejbližší dobu, ale mohou se objevit kdykoliv během života. Za varovné signály lze považovat pocit beznaděje; vztek, hněv, pomstychtivost; bezohledné jednání nebo účastnění se nebezpečných aktivit; pocit uvěznění ve vlastním životě (není jiné východisko než smrt), sociální stažení; zvýšenou konzumaci alkoholu a drog; úzkost, neklid, nespavost nebo naopak zvýšená spavost; výrazné změny nálad a ztráta smyslu života (Rudd et al., 2006). Také to, že vyšetřující má informace o nějakém rizikovém faktoru (faktorech) u jedince mu neumožňuje předpovídat, kdy a jestli vůbec se dotyčný rozhodne sebevraždu opravdu spáchat (APA, 2003). I tak je ale nezbytné dobře zmapovat rizikové i protektivní faktory u jedince, jelikož znalost právě těchto faktorů je důležitá při vyhodnocení suicidálního rizika i při nastavování vhodné intervence (APA, 2003).

Pro rozpoznání a vyhodnocení suicidálního rizika potřebujeme detailně zmapovat výše popsané rizikové faktory (viz kapitola 2. Rizikové faktory) identifikovat přítomnost či nepřítomnost varovných signálů, motiv pro sebevraždu a suicidální myšlenky (intenzitu, konkrétnost). Stejně důležité jsou i faktory protektivní, které jsou často během vyhodnocení opomíjeny, jejichž znalost může být pro vyšetřujícího později velmi výhodná (Praško, 2006; Rudd, 2014; Simon, 2012). Při vyhodnocování suicidálního rizika je třeba mít na paměti, že sebevražda je jen výjimečně (jestli vůbec) výsledkem pouze jednoho rizikového faktoru (Mościcki, 2014). Součástí by měl být i anamnestický rozhovor a důležité je se orientovat i v aktuální životní situaci dotyčného a jeho copinových strategiích, tudíž by se vyšetřující měl doptat i na tyto informace (Praško, 2006). U některých symptomů je vhodné také posoudit dobu jejich trvání a závažnost či hloubku potíží,

a to například u depresivní symptomatiky, pocitů beznaděje nebo potíží se spánkem (Rudd, 2014). Vyšetřující by se měl přímo zeptat na úmysl zemřít, sebevražedné myšlenky i plány. Při získávání informací ohledně suicidálních myšlenek je klíčové doptat se na informace o frekvenci, intenzitě, době trvání a konkrétnosti těchto myšlenek, jelikož samotná přítomnost nebo nepřítomnost suicidálních myšlenek není dostačující informací pro vyhodnocení suicidálního rizika (Rudd, 2014). Zajímá nás také, zda se dotyčný již nějakým způsobem začal připravovat na sebevraždu (např.: psaní dopisu na rozloučenou, změna závěti, zakoupení si potřebných nástrojů pro vykonání sebevraždy aj.), jaké jsou jeho důvody proč život ukončit a proč ne, jestli si případně zkoušel, jak bude sebevražda probíhat (tzv. rehearsal behavior, např.: zkouška střelné zbraně apod.) a také, zda se již o sebevraždu přímo pokusil (Rudd, 2012).

Proces vyhodnocení suicidálního rizika se také bude lišit v případě, kdy se dotyčný již o sebevraždu v minulosti vícekrát pokusil (tzn. dvakrát a více). Suicidální riziko je v těchto případech v podstatě vnímáno jako „chronické“, čímž je myšleno, že dotyčná osoba je více vulnerabilní a existuje i vyšší pravděpodobnost, že se v budoucnosti o sebevraždu znovu pokusí (Rudd, 2014). V rámci vyhodnocení by tedy mělo být více prostoru věnováno mapování motivů, okolností a důsledků u předchozích pokusů a také krizové intervenci a možnostem psychoterapie a farmakoterapie (Rudd, 2014).

Na základě informací z výše popsaných oblastí by měl být vyšetřující schopen vyhodnotit riziko sebevražedného chování. Dle Rudda (2014) můžeme rozlišit mírné, střední a vysoké riziko. Mírné riziko lze charakterizovat mírnými psychiatrickými symptomy a suicidálními myšlenkami, které ale nemají konkrétní záměr. U středního rizika pozorujeme eskalaci více symptomů, objevují se i některé varovné signály a jsou přítomny sebevražedné myšlenky se záměrem opravdu zemřít. Pokud je již dotyčný ve fázi plánování sebevraždy, můžeme dle autora hovořit o vysokém sebevražedném riziku, které je zároveň charakterizováno přítomností závažných psychiatrických symptomů, aktivním úmyslem zemřít, přítomností varovných signálů a malým počtem protektivních faktorů. Klíčové je však posouzení o hospitalizaci klienta, které informace jsou v tomto procesu rozhodování důležité uvádí přehledně například Žirková (2015, str. 545) nebo Praško (2006, str. 194).

Většina odborníků v klinické praxi využívá k vyhodnocení suicidálního rizika základní klinické metody, a to primárně podrobný rozhovor a pozorování během vyšetření (Sullivan & Bongar, 2012), praktické jsou i anamnestické informace. Během rozhovoru by odborník měl zmapovat výše popsané oblasti a signály. Kromě klinických metod lze použít i některé testové metody, které by však měly být pouze doplněním či ověřením informací získaných z rozhovoru, nikdy by neměly

nahradit klinický úsudek. Tyto metody sice mají výhodu v nízké časové náročnosti, jednoduché administraci i vyhodnocení nebo absenci specifického proškolení pro danou metodu, na druhou stranu nevýhodou při použití testových metod je, že může dojít k záměrnému zkreslení informací klientem, což může vést k podhodnocení suicidálního rizika u dotyčného klienta. V praxi se nejčastěji používají sebeposuzovací škály, kterých existuje celá řada. Postup a volba nástrojů při hodnocení sebevražedného rizika u klienta je ovšem osobní volbou konkrétního odborníka, proto níže uvádím pouze stručný přehled testových metod, které lze použít. Některé z těchto metod (hlavně sebeposuzovací škály) zatím nemají českou verzi a používají se tedy převážně v zahraničí.

Perlman et al. (2011) představili v rámci pokynů pro kanadské zdravotnické instituce i kritickou review 15 nejvíce používaných posuzovacích škál pro vyhodnocení suicidálního rizika, patří mezi ně například Beckovy škály BHS a BSS, SAD PERSONS Scale, Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), Reasons for Living Inventory (RLI), Suicide Behaviors Questionnaire (SBQ), Suicide Intent Scale (SIS), Suicide Probability Scale (SPS), Modified Scale for Suicide Ideation (SSI-M) a další (viz Perlman et al., 2011). Dle autorů však zatím nepanuje konsensus o tom, která z těchto škál je nejvíce efektivní při vyhodnocování suicidálního rizika a shodují se i s jinými studiemi (Runeson et al., 2017; Zaleski et al., 2018) na tom, že bohužel žádná metoda nedokáže predikovat sebevraždu. Dle studie Zaleskiové et al. (2018) pro většinu těchto nástrojů zatím neexistuje dostatečné množství důkazů o tom, že spolehlivě predikují riziko sebevraždy. Avšak některé nástroje (např.: Risk for Suicide Questionnaire – RSQ nebo The Ask Suicide Screening Questions – ASQ) lze zhodnotit jako reliabilnější a validnější pro vyhodnocení suicidálního rizika (Zaleski et al., 2018).

Sullivan & Bongar (2012) zmiňují i možnost využití osobnostních dotazníků a inventářů (např.: Minnesotský osobnostní inventář – MMPI-II), případně i projektivních metod jako je Rorschach Inkblot test – ROR (nebo podobné verze této metody – např.: Zulligerův projektivní test), pro administraci některých z těchto metod je však nutný specifický výcvik a zároveň jsou časově náročné. Zajímavý je i dotazník FBS – Questionnaire for Determination of Suicide Risk, který je součástí Vienna Test System a lze jej tedy administrovat v počítačové verzi.

V ČR se z výše opsaných testových metod v praxi se suicidálním klientem používají například metody MMPI-II, ROR nebo BDI-II. Kromě výše zmíněných testů Žírková (2015) uvádí, že v budoucnu by pro predikci suicidia mohl být užitečný i rozbor krve, jehož využití se aktuálně zkoumá v rámci klinického výzkumu, jelikož hladiny různých hodnot hormonů apod. mohou sloužit jako detekce suicidálního rizika (autorka zmiňuje například vyšší hladinu proteinů leukocytů u suicidálních pacientů).

Při vyhodnocování suicidálního rizika je samozřejmě možné použít i další metody, které zde nejsou zmíněny z důvodu rozsahu a tématu této práce. Zároveň metoda SBQ-R je podrobněji popsána v rámci výzkumné části této práce.

Výzkumná část

Výzkumná část diplomové práce se zaměřuje na představení výzkumného projektu, který se věnuje sebevražednosti homosexuálních osob v mladém dospělém věku ve srovnání s heterosexuálními mladými dospělými. V jednotlivých kapitolách jsou popsány cíle výzkumu a hypotézy, výzkumný design, sběr dat, způsob zpracování dat a samotné výsledky výzkumného projektu.

5. Výzkumný cíl

Hlavním cílem této výzkumné studie je ověřit, zda vykazují homosexuálně orientovaní mladí dospělí signifikantně vyšší suicidální riziko ve srovnání s heterosexuálně orientovanými mladými dospělými.

V zahraničí se tímto tématem zabývá např.: Fishová et al. (2019) nebo Tsypesová et al. (2016) aj. (viz v podkapitole 1.3.2 Suicidality v kontextu sexuální orientace). Výsledky výše zmíněných studií ukazují vyšší suicidální riziko v rámci homosexuální subpopulace v porovnání s jejich heterosexuálními vrstevníky. V českém prostředí se tématice LGBTQ+ věnuje hlavně doktor Pitoňák (např.: Pitoňák, 2017a). Autorka práce si není vědoma, že by v ČR existovaly odborné studie zaměřené konkrétně na problematiku suicidality u homosexuálně orientovaných mladých dospělých. Prozkoumat tento jev v subpopulaci českých homosexuálně orientovaných mladých mužů a žen by mohlo přinést užitečné poznatky pro další výzkumnou činnost, která by mohla vést k návrhu a praktické implementaci efektivních preventivních opatření pro tuto specifickou skupinu populace, která v České republice zatím chybí.

Pro účely výzkumného cíle byla použita dotazníková baterie u osob ve věku 19 až 29 let s různou sexuální orientací. Dotazníkové šetření bylo realizováno online a to hlavně kvůli aktuální pandemické krizi COVID-19 a bezpečnostním opatřením s ní spojenými. Okolnosti výzkumu jsou diskutovány níže.

5.1 Výzkumné hypotézy

Na základě publikovaných zahraničních studií zaměřených na problematiku sebevražednosti u homosexuální subpopulace, které byly zmíněny v teoretické části práce, jsou pro tuto výzkumnou studii zvoleny následující hypotézy:

Hlavní výzkumné hypotézy:

- H1: Homosexuálně orientovaní mladí dospělí vykazují signifikantně vyšší suicidální riziko v porovnání s heterosexuálními vrstevníky.

- H2: Skóre vnímané sociální podpory negativně koreluje se skórem suicidálního rizika.
- H3: Skóre vnímaného menšinového stresu pozitivně koreluje se skórem suicidálního rizika u mladých homosexuálně orientovaných dospělých.

Vedlejší výzkumné hypotézy:

- VH1: Homosexuálně orientovaní muži vykazují signifikantně vyšší suicidální riziko než homosexuálně orientované ženy.
- VH2a: Homosexuálně orientovaní mladí dospělí vykazují signifikantně nižší vnímanou sociální podporu než jejich heterosexuální vrstevníci.
- VH2b: Suicidální mladí dospělí s homosexuální orientací vykazují signifikantně nižší vnímanou sociální podporu než suicidální heterosexuální mladí dospělí.
- VH3: Zvýšené očekávání diskriminace a stigmatizace kvůli ne-heterosexuální orientaci od členů rodiny pozitivně koreluje s vyšším suicidálním rizikem u subpopulace homosexuálních mladých dospělých.

První hlavní výzkumná hypotéza vychází z výše zmíněného výzkumného cíle a předpokladu, že v homosexuální subpopulaci je vyšší riziko rozvoje suicidálního chování (Fish et al., 2019; Tsypes et al., 2016). Druhá hypotéza se zaměřuje na vztah mezi sociální podporou a suicidálním chováním a vychází z předpokladu, že nízká sociální podpora je obecným, ale i specifickým, rizikovým faktorem sebevražedného chování (Hillier et al., 2010; Plöderl & Fartacek, 2005; Praško, 2006). Poslední hlavní hypotéza se vztahuje na souvislost mezi sebevražedným chováním a prožívaným menšinovým stresem sexuálních menšin a vychází z výzkumů, které se tímto tématem zabývaly (Fish et al., 2019; Kaniuka et al., 2019; Lea et al., 2014). Ke každé hlavní výzkumné hypotéze byly stanoveny jedna nebo dvě vedlejší výzkumné hypotézy a odpovídající hypotézy jsou označeny stejným číslem (a případně písmenem). Vedlejší výzkumné hypotézy vycházejí z výzkumů, které například ukazují, že existuje rozdíl mezi suicidálním rizikem u homosexuálních mužů ve srovnání s homosexuálními ženami (Swannell et al., 2015), nebo že nízká sociální podpora či negativní reakce rodiny na sexuální orientaci jedince mohou mít negativní dopad na duševní zdraví těchto jedinců (Ryan et al., 2009; Snapp et al., 2015). Nebo naopak, že vysoká sociální podpora je efektivním protektivním faktorem suicidality (Kleiman & Liu, 2013).

5.2 Operacionalizace proměnných

V rámci empirické části považuje autorka za důležité operacionalizovat výzkumné proměnné, které jsou úzce spjaty s výše popsány výzkumnými hypotézami a se kterými pracují zvolené výzkumné metody (viz podkapitola 6.2 Metody získávání dat), a to následovně:

- Suicidální riziko – je určeno dle celkového dosaženého skóru v SBQ-R; hodnota ≥ 7 je považována za zvýšené suicidální riziko. Současně se suicidální riziko vztahuje na potenciálu suicidalitu v průběhu celého života.
- Vnímaná sociální podpora – je určena celkovým dosaženým skórem v rámci škály MSPSS
- Vnímaný menšinový stres – je určen na základě dosaženého celkového hrubého skóru v MSS
- Očekávání diskriminace a stigmatizace kvůli ne-heterosexuální orientaci od členů rodiny – je určeno dle dosaženého skóru v subškále ODR v rámci MSS

Poslední dvě proměnné byly zkoumány pouze u ne-heterosexuální části vzorku.

6. Design výzkumného projektu

V rámci této kapitoly jsou podrobně popsány jednotlivé aspekty realizovaného výzkumného projektu.

6.1 Typ výzkumu

Výzkumný projekt byl koncipován jako kvantitativní výzkumná studie. Byla stanovena kritéria pro výběr do výzkumného projektu a data byla vzhledem ke koronavirové krizi na podzim 2020 v ČR sbírána online skrze platformu Google Forms v období od 27. 10. 2020 do 11. 11. 2020. Respondenti byli poučeni o pravidlech vyplňování i etických principech výzkumného projektu v úvodní části dotazníku. Některá data byla po ukončení sběru dat vyřazena (podrobněji v kapitole 7.1 Kritéria pro zařazení participantů z výzkumného souboru). Pro ověření výše zmíněných hypotéz bylo nutné použít různé statistické metody, a to konkrétně Welchův t-test a pro srovnání dvou nezávislých souborů a Pearsonův korelační koeficient pro výpočet korelační analýzy. V dalších podkapitolách jsou podrobně popsány dílčí části výzkumného projektu.

6.2 Metody získávání dat

Testová baterie výzkumného projektu se skládala z několika částí a byla administrována online skrze formulář. Testová baterie prošla pilotáží před oficiálním spuštěním sběru dat (více v podkapitole 6.4 Pilotáž). Celkově se baterie skládala z šesti částí (viz níže). Kromě poslední sekce orientované na měření menšinového stresu, kterou vyplňovali pouze ne-heterosexuální respondenti (tzn. homosexuální, bisexuální aj.), vyplňovali všichni respondenti stejné zadání. Baterie disponovala těmito položkami v následujícím pořadí:

- Úvodní text – představení výzkumného projektu s cílem objasnit zúčastněným záměr výzkumného šetření, společně s informacemi o požadavcích pro účast, o etických opatřeních, délce vyplnění, kontaktních údajích autorky apod.
- Demografické otázky – pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, aktuální pracovní stav, velikost místa aktuálního bydliště
- Otázky ohledně sexuální orientace a aktuálního partnerského vztahu
- Suicide Behaviors Questionnaire – Revised (SBQ-R)
- Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)
- Doplnující popisné otázky – diagnostikované fyzické/psychické onemocnění, nedávná stresová událost v životě, souvislost negativní události s COVID-19 krizí v ČR
- Minority Stress Scale (MSS) – pouze pro ne-heterosexuální respondenty

- Závěrečný text – poděkování respondentům, kontakt na autorku, kontakty a webové odkazy na krizovou pomoc, na odborníky se zaměřením na LGBTQ+ tematiku a na Českou společnost AIDS pomoc, odkaz pro stáhnutí informačního letáku (v PDF) s jednotlivými kontakty na odbornou a krizovou pomoc pro všechny respondenty i konkrétně LGBTQ+ organizace (viz Přílohy II a III).

6.2.1 Suicide Behaviors Questionnaire – Revised (SBQ-R)

Pro zjištění suicidálního rizika byl zvolen dotazník „Suicide Behaviors Questionnaire – Revised (SBQ-R)“ (Osman et al., 2001), v českém překladu „Dotazník suicidálního chování (SBQ-R)“. Původní verze vznikla v roce 1981 a její autorkou je doktorka Marsha M. Linehanová (Osman et al., 2001). Jedná se o sebeposuzovací metodu určenou k detekci suicidálního chování u dospělé populace, kterou lze využít i jako rychlý screeningový test. Dotazník měří intenzitu a frekvenci suicidálních myšlenek za poslední rok, suicidální riziko v minulosti a budoucnosti, sebevražedné pokusy v minulosti a jejich pravděpodobnost v budoucnosti (Osman et al., 2001; Perlman et al., 2011). Celkově se dotazník skládá ze 4 položek, 3 z nich se vztahují k suicidálnímu chování v minulosti a 1 směřuje do budoucnosti (Osman et al., 2001). Suicidální riziko je měřeno pomocí průměrného skóre vypočteného z jednotlivých odpovědí u každé položky a dle autorů se hodnota celkového skóre pohybuje v rozmezí 3 až 18 bodů. Každá položka je skórována odlišně dle manuálu. Osman et al. (2001) uvádí hranici pro určení zvýšeného suicidálního rizika (tzv. cut-off score) ≥ 7 bodů pro všeobecnou populaci s 95% specifitou a 93% senzitivitou.

Dotazník byl přeložen z angličtiny do češtiny v rámci dříve obhájené diplomové práce (Dobiášovský, 2016), položky ale i tak prošly revizí a znovu zpětným překladem a překlad byl drobně upraven pro účely tohoto výzkumného projektu (Přílohy III a IV). Anglická verze dotazníku je volně dostupná na internetu. Validita metody byla zkoumána různými autory (např.: Amini-Tehrani et al., 2020; Rueda-Jaimes et al., 2017), kteří potvrdili, že metoda má dobrou souběžnou i prediktivní validitu a vysokou vnitřní konzistenci ($\alpha = 0,82$).

Tento nástroj byl vybrán pro jeho ekonomičnost, dobré psychometrické vlastnosti i fakt, že se jedná o sebeposuzovací nástroj na měření suicidálního chování a lze jej tím pádem administrovat v rámci online výzkumného šetření u dospělé populace. Zároveň výše zmínění autoři (Osman et al., 2001; Perlman et al., 2011) doporučují tuto verzi dotazníku pro výzkumné účely a pro klinické účely vyzdvihují spíše delší verze o 14 nebo 34 položkách. Stejný dotazník použili v zahraničním výzkumu například Rimesová et al. (2019). Současně byla tato metoda zvolena proto, že se

obsahově vztahuje na potenciálu suicidalitu v průběhu celého života a nejenom k aktuálnímu riziku, což je v souladu s výzkumným cílem této práce.

6.2.2 Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

Pro zjištění míry sociální podpory byla vybrána škála „Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)“, v překladu „Multidimenzionální škála vnímané sociální podpory (MSPSS)“. Autory této metody jsou Zimet et al. (1988) a tato metoda je volně dostupná na internetu (viz Zimet, 2016). Škála zjišťuje subjektivní vnímanou podporu jedince ze tří konkrétních sociálních zdrojů – z rodiny, přátel a od výjimečné blízké osoby (significant other). Byť se jedná o používanou metodu v rámci výzkumu (např.: Chang et al., 2020; Mustanski & Liu, 2013; aj.), nebyly k ní vytvořeny žádné normy. Tato škála obsahuje 12 položek, které měří míru vnímané sociální podpory (Dambi et al., 2018; Zimet et al., 1988). Míra sociální podpory je u každé položky hodnocena na škále Likertova typu od 1 (velmi silně nesouhlasím) po 7 (velmi silně souhlasím). V rámci této škály je dle autorů možné získat celkový skóre (průměr všech položek) vnímané sociální podpory a zároveň i skóre jednotlivých subškál (rodina; přátelé; výjimečná osoba), výpočet je popsán v dokumentu od autora (viz Zimet, 2016). Čím vyššího skóre respondent dosáhl tím vyšší je míra vnímané podpory.

Z hlediska psychometrických parametrů má škála vysokou reliabilitu ($\alpha = 0,85$) a střední konstruktovou validitu (Zimet et al., 1988). Validita i reliabilita škály byla zkoumána dalšími autory (např.: Dambi et al., 2018; Wongpakaran et al., 2011; Zhou et al., 2015). Škála byla pro tento výzkumný projekt přeložena z angličtiny do češtiny a byl proveden i zpětný překlad a kvalitativní položková analýza (Přílohy VI a VII).

Zvolená metoda je vhodným nástrojem pro měření sociální podpory v rámci tohoto výzkumného projektu, jelikož se zaměřuje na vnímanou podporu z různých sociálních zdrojů v okolí jedince. Sociální podpora je i významným protektivním faktorem negativních vlivů na duševní zdraví (např.: Kleiman & Liu, 2013) napříč různými věkovými etapami. Škála je zároveň výhodná, jelikož poskytuje subškály na měření sociální podpory ze strany rodiny, přátel i výjimečné osoby, kterou může být v mladé dospělosti například partner. Zároveň škála již byla použita zahraničním výzkumem (viz výše) s obdobným zaměřením, jako tato práce, a je volně dostupná.

6.2.3 Minority Stress Scale (MSS)

Zvolená škála „Minority Stress Scale (MSS)“, v českém překladu „Škála menšinového stresu (MSS)“, kterou vytvořili autoři Pala et al. (2017), vznikla na základě důkladného přezkoumání

dostupné zahraniční literatury a použitých metod na měření konceptu menšinového stresu. Aktuálně neexistuje mnoho ověřených nástrojů, které by měřily menšinový stres nebo diskriminaci či stigmatizaci u LGBTQ+ komunity. Tato škála vznikla v souladu s výše popsaným Meyerovým konceptem menšinového stresu (2003; viz podkapitola 1.3.1 Teorie menšinového stresu). Celkově nástroj obsahuje 44 položek rozdělených do 8 subškál od distálních po proximální stresory, a to konkrétně:

- **Subškála Strukturální stigma (SS; Structural Stigma)** se orientuje na projevy stigmatu sexuální orientace ze strany institucí, ideologických systémů apod., které nějakým způsobem omezují možnosti stigmatizovaných jedinců (Corrigan et al., 2005). Subškála SS obsahuje 3 položky, na které respondenti odpovídají na pětibodové Likertově škále (1 – zcela nesouhlasím; 5 – zcela souhlasím). Přestože autoři po položkové analýze na základě dat jednu položku vyřadili (*„Italský stát neuznává všechna moje občanská práva.“*), v tomto výzkumném projektu byla položka ponechána v rámci explorativní analýzy (*„Český stát neuznává všechna moje občanská práva.“*), tím pádem tato subškála obsahuje 4 položky.
- **Subškála Homofóbní stigma (HoS; Enacted Stigma)** se vztahuje k objektivním projevům stigmatizace sexuálních menšin jako například verbální nebo fyzická agrese (Meyer, 2003). Subškála HoS se skládá ze 3 položek s možností odpovědi na pětibodové škále Likertova typu (1 – nikdy; 5 – vždy).
- **Subškála Očekávání diskriminace (OD; Expectations of Discrimination)** se zaměřuje na zhodnocení apriorních očekávání a předpokládání diskriminace na základě sexuální orientace jedince (Pala et al., 2017). Subškála obsahuje celkově 12 položek, na které respondenti odpovídají stejně jako u subškály SS.
- **Subškála Očekávání diskriminace od členů rodiny (ODR; Expectations of Discrimination from Family Members)** se věnuje stejně jako předchozí subškála OD očekáváním diskriminace, stigmatizace za základě sexuální orientace, ale pouze ze strany členů rodiny (rodiče, sourozenci, příbuzní) (Pala et al., 2017). Subškála obsahuje 3 položky, na které bylo možné odpovědět na stejné škále jako u subškály SS.
- **Subškála Skrývání sexuální orientace (SO; Sexual Orientation Concealment)** se dle autorů vztahuje ke strategii (utajování sexuální orientace před druhými) užívané ne-heterosexuálními jedinci, aby předešli případné diskriminaci nebo homofóbní šikaně od druhých osob (Pala et al., 2017). Subškála SO obsahuje 8 položek, z toho na 4 položky bylo možné odpovídat stejně jako u škály SS a zbylé 4 položky byly binární s možností odpovědi ano (1) – ne (0).

- **Subškála Internalizovaná homofobie proti druhým (IHD; Internalized Homophobia Towards Others)** měří míru internalizované homofobie orientovanou vůči druhým lidem (Pala et al., 2017). Subškála má 6 položek – dvě z těchto položek mají stejné možnosti odpovědi jako u subškály SS, ostatní 4 položky byly binární s možností odpovědi ano (1) – ne (0).
- **Subškála Internalizovaná homofobie vůči sobě (IHS; Internalized Homophobia Towards Oneself)** měří internalizovanou homofobii čili negativní názory a postoje společnosti vůči sexuální minoritě, orientované sám vůči sobě samému (Pala et al., 2017). Součástí je 6 položek, na které respondenti odpovídají stejně jako u škály SS a ostatních výše zmíněných subškál.
- **Subškála Povědomí o stigmatu (PS; Stigma Awareness)** měří očekávání ne-heterosexuálních osob, že budou vnímány stereotypně ze strany druhých (Pala et al., 2017). Subškála se skládá ze 3 položek, na které participant odpovídají na pětibodové bodové škále Likertova typu stejně jako u subškály SS.

Vzhledem k tomu, že autorům škály MSS šlo hlavně o vytvoření nového nástroje na měření menšinových stresorů a o jeho validizaci, neuvádí podrobný popis vyhodnocení a interpretace dat. Škála MSS bude vyhodnocena skrze výpočet celkového dosaženého hrubého skóru jednotlivých položek (průměr hodnot položek). Celkové rozmezí hrubých skóre se pohybuje mezi hodnotami 1 až 4. Čím vyššího skóre respondent dosáhl, tím vyšší je prožívaný menšinový stres ne-heterosexuálního jedince. Škála MSS dle výpočtů autorů (Pala et al. 2017) vykazuje i vysokou reliabilitu ($\alpha = 0,81$) a dobrou konvergentní validitu. Škála byla pro toto výzkumné šetření přeložena z anglického jazyka do českého jazyka a byl proveden zpětný překlad (Příloha VIII a IX). Vzhledem k tomu, že autoři škálu vytvářeli pouze pro respondenty s mužským pohlavím, byly určité položky upraveny v souladu s tímto výzkumným šetřením.

Metoda MSS byla vybrána proto, že se jedná o nástroj, který vychází přímo z teorie menšinového stresu (Meyer, 2003), která je zmíněna i v teoretické části této diplomové práce. Autoři Pala et al. (2017) zároveň tuto metodu doporučují pro aplikaci ve výzkumu. Dle dostupných zdrojů v českém prostředí neexistují žádné metody, které by se orientovaly na toto téma. Ani v zahraničí není dostupných mnoho metod, škála MSS je jako jedna z mála volně dostupná a dle autorů má i dobré psychometrické vlastnosti.

6.3 Etika výzkumu

Vzhledem k zaměření diplomové práce i výzkumného projektu, byl kladen velký důraz na etická opatření realizovaného online výzkumného šetření. Realizace celého projektu byla před spuštěním konzultována s vedoucí práce a byla realizována v souladu s etickým kodexem Americké psychologické asociace (APA, 2017). Ke všem zúčastněným byl zachován stejný přístup. Komunikace směrem k respondentům probíhala zcela otevřeně a transparentně, výzkum byl pojmenován dle reálného zadání práce, byl popsán výzkumný záměr a na začátku i konci zadaného dotazníku byl uveden kontakt na autorku diplomové práce i výzkumu pro případné dotazy aj. Respondenti byli v úvodním textu zároveň seznámeni s kritérii výběru do výzkumu (viz podkapitola 7.1 dále) a odhadem časové náročnosti. Dále byli seznámeni s tím, že data jsou sbírána anonymně a jejich účast je zcela dobrovolná a mohou tedy během vyplňování dotazníku z jakéhokoli důvodu kdykoliv výzkum opustit.

V rámci sběru dat byli osloveni všechny skupiny LGBTQ+ komunity, přestože se cíl této práce zaměřuje pouze na homosexuálně a heterosexuálně orientované mladé dospělé. Tímto chtěla autorka předejít záměrné diskriminaci v rámci LGBTQ+ komunity a současně mohou tato data být použita pro další výzkum.

Vzhledem ke kritické situaci v ČR kvůli pandemii COVID-19 bylo výzkumné šetření realizováno online kvůli nutnosti dodržet relevantní nařízení vlády ČR, která jsou platná v době trvání nouzového stavu a která korespondují s dobou sběru dat. Výzkum byl realizován dle etických doporučení Michaelse et al. (2015), který se s kolegy zabýval problematikou online výzkumu suicidálního chování. Jelikož nebylo možné výzkum realizovat fyzicky face-to-face a nebyl tedy možný debriefing emocí a myšlenek, které mohly po vyplnění či zodpovězení otázek vyvstat, byly v závěrečném textu uvedeny kontaktní informace na linky krizové pomoci, krizová centra a jinou odbornou pomoc, pokud by respondenti studie potřebovali emoce a myšlenky s někým probrat (viz Přílohy II a III). Zároveň bylo respondentům umožněno stáhnout si všechny uvedené kontakty ve formátu PDF ze serveru Uloz.to. Autorka tímto chtěla vytvořit přehled kontaktů na krizová centra a linky důvěry, odbornou pomoc a organizace zaměřené na LGBTQ+ populaci, který si respondenti mohou „odnést s sebou“ a v případě, kdy by prožívali těžké životní období aj. a potřebovali se obrátit na odborníka, nebo by chtěli probrat svou sexuální orientaci apod., budou mít kontakty při sobě. Stažení informačního letáku (Příloha III) bylo zcela dobrovolné a anonymní.

Vzhledem k realizaci online bylo zajištěno určité bezpečnostní opatření pro sběr dat. Byla zvolena platforma Google Forms, která je propojená s Google účtem autorky, ke kterému má a měla přístup pouze autorka diplomové práce. Se získanými daty pracovala pouze autorka projektu, která nese

zodpovědnost za etické nakládání s nimi. Získaná data slouží pouze pro účely této diplomové práce a byla zpracována důvěrně. Zpracovaná data zveřejněná v této práci jsou zcela anonymní. Zároveň tato data nejsou zpětně přiřaditelná k jednotlivým osobám a nehrozí tak riziko zneužití osobních údajů respondentů.

6.4 Pilotáž

Výše popsaná testová baterie byla administrována online (skrže formulář na platformě Google Forms) pěti osobám v rámci pilotáže v datech 20. 9. až 16. 10. 2020. Vzorek pro pilotáž byl složen ze 3 mužů a 2 žen, z toho se 2 identifikovali jako ne-heterosexuální a 3 jako heterosexuální. Pilotáž byla zaměřena na kvalitativní položkovou analýzu čili na ověření srozumitelnosti a jasnosti dotazníkové baterie, kontrolu gramatické správnosti, otestování časové náročnosti celé baterie apod. Zároveň byli respondenti dotázáni na přiměřenost obsahu vzhledem k záměru výzkumného projektu, poté co o tomto záměru byli po vyplnění dotazníku informováni. Testová baterie s nimi byla konzultována online.

Přestože většina instrukcí a položek byla respondenty pilotáže popsána jako jasná a srozumitelná, bylo nutné testovou baterii dle získané zpětné vazby upravit. Na základě pilotáže byly opraveny gramatické chyby a významově byly upraveny některé překládané položky, například u některých položek MSPSS byla změněna formulace „speciální člověk“ na „výjimečný(á) člověk/osoba“ (v anglické verzi „special person“) nebo došlo k vyřazení opakujících se otázek, které se svým obsahem překrývaly s položkami použitých metod. Tyto vyřazené otázky byly vytvořeny autorkou práce, nebyly součástí žádné použité metody. Zároveň z etického hlediska bylo cílem vytvořit baterie, která se bude zaměřovat na stanovené operacionalizované proměnné a nezbytná deskriptivní data a nebude delší než 25 minut, což bylo ověřeno respondenty pilotáže. Průměrný čas vyplnění verze pro pilotáž byl cca 17 minut.

Během října 2020 byl také vytvořen leták s informacemi ohledně krizové pomoci, ale i LGBTQ+ organizacemi apod., který si respondenti mohli volně stáhnout po odeslání vyplněných odpovědí (Příloha III). Informace pro leták vycházejí z tabulky v příloze I. Leták pro výzkumný projekt zdarma vytvořil grafik Michal Lyko.

6.5 Popis sběru dat a jeho průběh

Z důvodů uvedených výše byl sběr dat realizován online. Online formulář byl vytvořen skrže Google Forms a to hlavně z bezpečnostních důvodů, které jsou zmíněny v podkapitole 6.3 Etika výzkumu. Jelikož bylo pro výzkumný projekt eventuálně problematické získat respondenty s ne-heterosexuální orientací, byla strategie sběru dat zaměřena hlavně na tuto část respondentů.

Byla zvolena metoda sněhové koule (snowball) a inzerce na sociálních sítích (Facebook, Instagram) LGBTQ+ spolků, organizací, hnutí a skupin. Sběr dat trval 15 dní od 27. 10. 2020 do 11. 11. 2020. Přístup k dotazníkové baterii byl zajištěn skrze webový odkaz, který byl buďto metodou sněhové koule rozeslán mezi respondenty přes sociální sítě (Messenger, Instagram aj.), nebo byl odkaz sdílený několika LGBTQ+ organizacemi (spolky, komunitami apod.) skrze jejich facebookové stránky. Tyto organizace, spolky a hnutí byly nejdříve osloveny autorkou projektu, která rozesílala všem jednotný text (viz Příloha X) přes vlastní sociální sítě a až s jejich případným souhlasem jim byl zaslán odkaz na výzkumný projekt společně s textem, který mohly k inzerci využít. Celkem bylo osloveno 10 organizací, spolků, hnutí a skupin z toho spolupráce byla navázaná se 3 z nich, ostatní odmítly nebo neodpověděly. Odkaz na výzkumný projekt byl inzerován skrze tyto organizace: Queer Geography (ve spolupráci s doktorem Pitoňákem), STUD Brno a spolek Charlie Univerzity Karlovy. Po ukončení sběru dat byl odkaz s přístupem k testové baterii deaktivován a již nebylo možné dále dotazník vyplnit. Po kliknutí na odkaz byl participant informován o ukončení sběru dat. Následně byla všechna data z Google Forms stažena v MS Excel souboru a byla dále zpracována. Celkem bylo nasbíráno 277 vyplněných dotazníků.

6.6 Metody zpracování a analýzy dat

Získaná data byla kódována v programu MS Excel 2019 a následně zpracována ve statistickém programu JASP (JASP Team, 2020). Prezentované grafy a tabulky byly vytvořeny v programu JASP, MS Excel a Word. Pro ověření hypotéz H1, VH1, VH2a, VH2b byl použit jednostranný Welchův t-test pro dva nezávislé soubory (Delacre et al., 2017). Pro ověření H2, H3 a VH3 byla použita korelační analýza dat, konkrétně byl použit Pearsonův korelační koeficient.

6.7 Power analýza

Pro určení velikosti vzorku byla provedena power analýza (analýza síly testu) pomocí programu G*Power (Faul et al., 2007). Tato statistická metoda slouží k určení pravděpodobnosti, s jakou správně najdeme existující efekt a zároveň se vyhneme chybě II. druhu (Ptáček & Raboch, 2010).

Pro všechny hypotézy byla zvolena konvenční hladina významnosti $\alpha = 0,05$ a síla efektu 80 %. Velikosti efektů potřebné pro detekování všech efektů alespoň s 80% silou byly odvozeny z předcházející literatury. Pro hypotézy H1 a VH1 bylo Cohenovo d vypočítáno pomocí převodu z poměrů šancí (Swannell et al., 2015; Tsypes et al., 2016), u hypotéz H2, H3, VH2b, VH3 bylo Cohenovo d převedeno z Personova korelačního koeficientu. U hypotézy VH2a bylo Cohenovo d odhadnuto, jelikož nebyla nalezena adekvátní studie pro výpočet power analýzy. Přepočet na Cohenovo d byl proveden pomocí online převodníku mezi různými ukazateli velikosti efektu (Lin, n.d.). Pro zjištění efektů s 80% silou u jednotlivých hypotéz, byly pomocí power analýzy vypočteny potřebné velikosti souborů pro každou hypotézu zvlášť, podrobně v tabulce 5 níže.

HYPOTÉZA	VELIKOST SOUBORU (N)	COH. D (d)	Korelační koefficient (r)	ZDROJ
H1	76	0,58		Tsypes et al. (2016)
H2	138	0,43	0,21	Plöderl & Fartacek (2005)
H3	77	0,58	0,28	Kanuika et al. (2019)
VH1	34	0,90		Swannell et al. (2015)
VH2a	102	0,5		
VH2b	189	0,37		Plöderl & Fartacek (2005)
VH3	123	0,46	0,23	Ryan et al. (2009)

Tabulka 5 – Velikost souboru vypočítaná na základě power analýzy

Z tabulky 5 vyplývá, že pro ověření všech uvedených hypotéz postačuje alespoň 189 participantů, z čehož bylo potřeba nasbírat nejméně 123 participantů patřících do homosexuální subpopulace (VH3). Pro případ, že bude nutné některé odpovědi z různých důvodů vyřadit (např.: nedokončení dotazníkové baterie aj.), byla celková velikost výzkumného souboru nastavena na 200 participantů.

7. Výzkumný soubor

V této kapitole jsou představeny kritéria výběru do výzkumného vzorku společně s údaji o vyloučení ze vzorku. Následně jsou popsány sociodemografické charakteristiky výzkumného souboru.

7.1 Kritéria pro zařazení participantů z výzkumného souboru

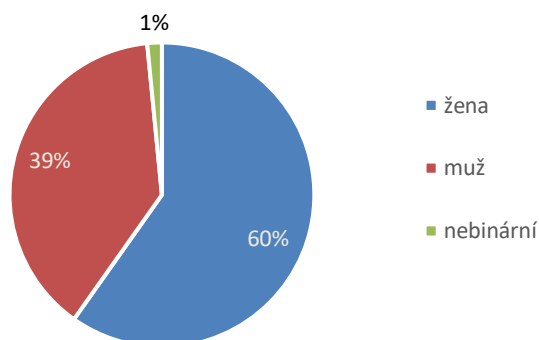
Pro výzkumný soubor bylo jednak určeno věkové kritérium, a to věkové rozmezí od 19 do 29 let. Toto rozmezí bylo zvoleno kvůli zaměření této diplomové práce na mladší dospělost a bylo uvedeno u úvodním textu projektu. Autorka zvolila toto věkové rozmezí na základě dostupné literatury (viz kapitola 1.2 Mladá dospělost), dolní hranice je stanovena dle obvyklého očekávaného zakončení střední školy a horní hranice se vztahuje k ohraničení tohoto věkového období odbornou literaturou, tj. zhruba 30 let a kterou si autorka posunula na poslední rok dvacáté dekády života. Další kritérium, které nebylo respondentům sdělováno z etických důvodů (viz 6.3 Etika výzkumu), byla sexuální orientace. Do výzkumu byly po sesbírání dat vybráni jen ti participanté, kteří se identifikovali jako heterosexuální nebo homosexuální. Data účastníků s jinou sexuální orientací nebyla v rámci této práce dále zpracovávána. Zároveň výzkumná studie byla realizována online, a tudíž hrozilo vyšší riziko nesplnění některého z uvedených kritérií, jelikož před vstupem do studie nebylo možné ověřit splnění kritérií.

Celkově bylo nasbíráno 277 odpovědí, ale některé z nich musely být před statistickou analýzou vyřazeny ze souboru. Vzhledem ke kritériu sexuální orientace bylo celkově vyřazeno 80 osob, které se identifikovaly převážně jako bisexuální. Zároveň museli být vyřazeni další 3 respondenti, dva z nich nesplnili nutné věkové kritérium a jeden neuvedl svou sexuální orientaci. Celkově se tedy výzkumného projektu po uplatnění kritérií výběru zúčastnilo 194 osob (tj. 70 % z celkových 277 zúčastněných). Současně vzhledem k tomu, že poslední část dotazníkové baterie (škála MSS) byla administrována pouze ne-heterosexuálům, otázky tedy byly nepovinné a jelikož 5 homosexuálních respondentů neuvedlo kompletní odpovědi nebo tuto část nedokončili, byli tito respondenti vyřazeni pro vyhodnocování dat v souvislosti s MSS. Pro výpočty v rámci škály MSS bylo pracováno celkem s 77 homosexuálními participanty (z celkových 82 možných participantů, jejichž odpovědi byly zpracovány v rámci ostatních použitých metod apod.).

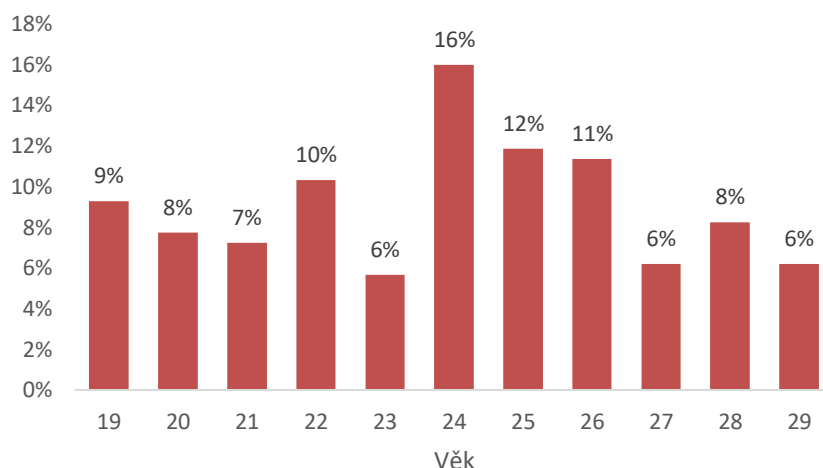
7.2 Sociodemografické charakteristiky výzkumného souboru

Všechny níže popsané sociodemografické charakteristiky, společně s údaji zvláště pro heterosexuální a pro homosexuální podskupinu souboru, jsou podrobně uvedeny v tabulce v Příloze XII.

Výzkumný soubor se po selekci participantů skládal ze 194 osob, z toho 116 tvořily ženy (60 %), 75 byli muži (39 %) a 3 zúčastnění se charakterizovali jako nebinární (1 %) (viz graf 4 níže). Věkové rozmezí respondentů se pohybovalo dle předem daného kritéria mezi 19 až 29 rokem života (viz graf 5 níže), medián věku byl 24 let ($Q_1 = 22$; $Q_3 = 26$).

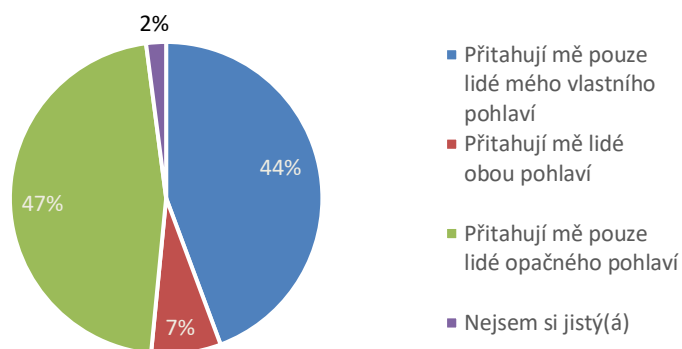


Graf 4 – Rozložení pohlaví ve výzkumném souboru

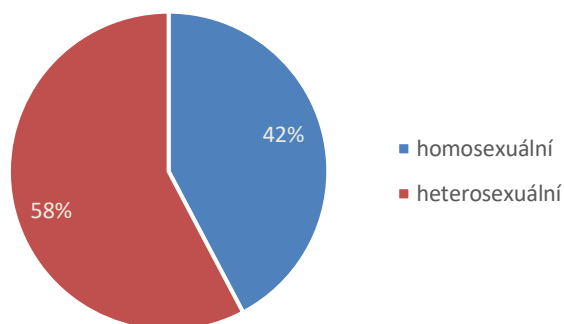


Graf 5 – Rozložení věku ve výzkumném souboru

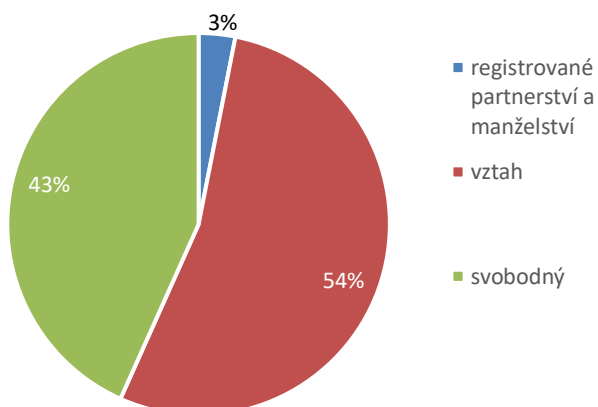
Z celého vzorku 90 (47 %) zúčastněných sexuálně přitahuje pouze opačné pohlaví (než je jejich), 86 (44 %) přitahuje pouze osoby stejného pohlaví, 14 (7 %) přitahuje obě pohlaví stejně a 4 (2 %) uvedlo, že si nejsou jistí (viz graf 6). Z hlediska identifikace s konkrétní kategorií sexuální orientace se ale pouze 82 osob (42 %) identifikovalo jako homosexuální (gay nebo lesba) a 112 participantů (58 %) se identifikovalo jako heterosexuální (viz graf 7). Mezi participanty bylo 104 (54 %) ve vztahu, 6 (3 %) bylo v registrovaném partnerství nebo v manželství a 84 (43 %) svobodných (viz graf 8).



Graf 6 – Rozložení sexuální preference ve výzkumném souboru



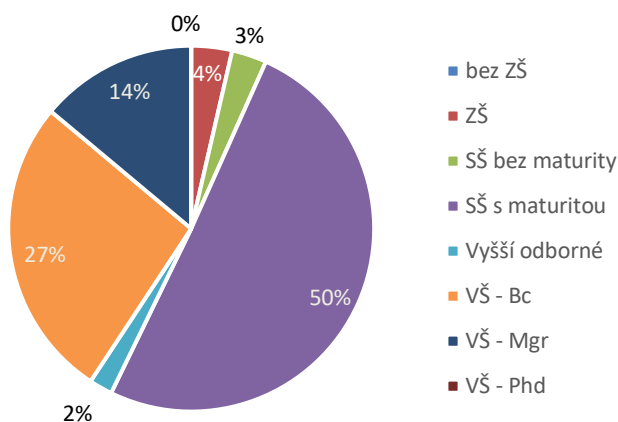
Graf 7 – Rozložení sexuální orientace ve výzkumném souboru



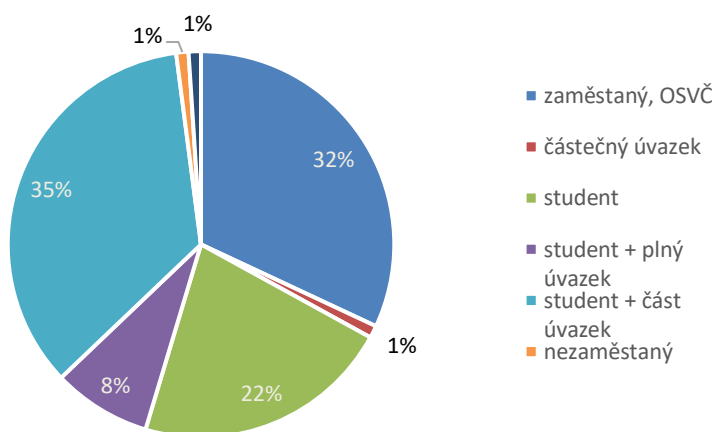
Graf 8 – Rozložení rodinného stavu ve výzkumném souboru

Z hlediska nejvýše dosaženého stupně vzdělání dosáhlo 7 (4 %) zúčastněných základního vzdělání, 6 (3 %) středoškolského vzdělání bez maturity, 98 (50 %) středoškolského vzdělání s maturitou,

4 (2 %) vyššího odborného, 52 (27 %) vysokoškolského bakalářského a 27 (14 %) vysokoškolského magisterského (viz graf 9 níže).



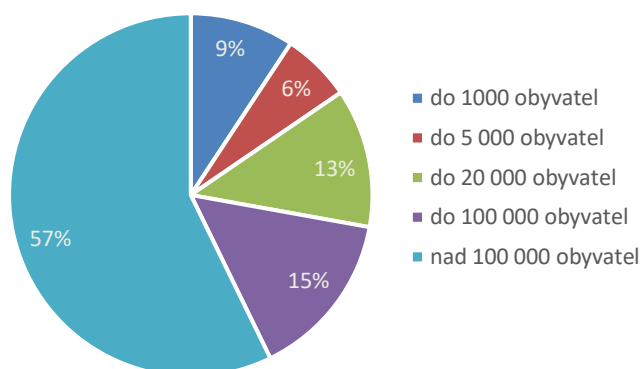
Graf 10 – Rozložení nejvyššího dosaženého vzdělání ve výzkumném souboru



Graf 9 – Rozložení pracovního statusu ve výzkumném souboru

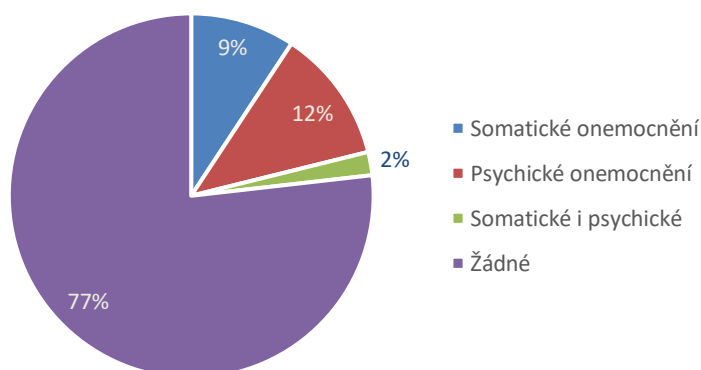
Z celého souboru bylo nejvíce participantů (68; 35 %) aktuálně studujících a současně pracujících na částečný úvazek, 62 (32 %) pracujících na plný úvazek nebo na živnostenský list (OSVČ), 42 (22 %) aktuálně „pouze“ studujících, 16 (8 %) studujících a současně pracujících na plný úvazek, 2 (1 %) pracující na částečný úvazek, 2 (1 %) na mateřské nebo rodičovské dovolené a 2 (1 %) momentálně nezaměstnaní (viz graf 10).

Více než polovina (111; 57 %) osob z celého vzorku uvedla jako své aktuální bydliště město s více než 100 000 obyvateli, 29 (15 %) osob uvedlo bydliště do 100 000 obyvatel, 24 (13 %) do 20 000 obyvatel, 12 (6 %) do 5 000 obyvatel a 18 (9 %) do 1 000 obyvatel (viz graf 11 dále).



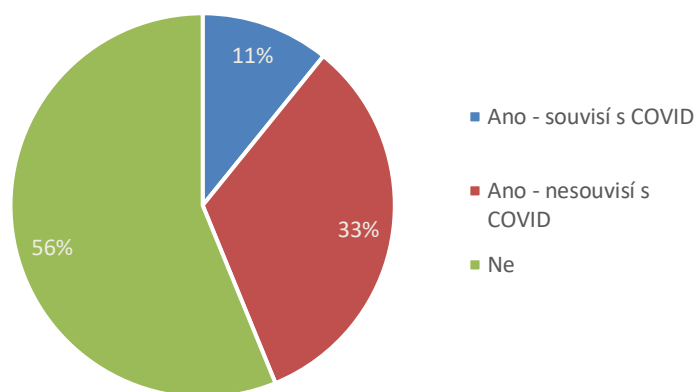
Graf 11 – Rozložení aktuálního bydliště ve výzkumném souboru

V rámci celého souboru 4 (2 %) respondenti uvedli somatické i psychické onemocnění, 24 (12 %) pouze psychické onemocnění, 18 (9 %) pouze somatické onemocnění a celkově netrpělo žádnými potížemi 149 (77 %) participantů (viz graf 12 níže). Konkrétní diagnózy s četností participantů jsou uvedeny v Příloze XI. Nejčastěji zastoupené diagnózy byly depresivní a úzkostné poruchy (19, 55 %).



Graf 12 – Rozložení onemocnění ve výzkumném vzorku

Většina zúčastněných 109 (56 %) uvedla, že se u nich v životě v posledním čtvrt roce nestala žádná významná negativní událost (např.: ztráta blízké osoby, zaměstnání, finanční potíže aj.), avšak 85 (44 %) participantům se naopak nedávno v životě takováto negativní událost odehrála a 21 (24 %) z nich tuto negativní událost připisuje aktuální koronavirové krizi v ČR (viz graf 13 dále).



Graf 13 – Rozložení prožité negativní události (a souvislosti s COVID-19) ve výzkumném vzorku

8. Výsledky

Na základě statistických analýz dat výběrového souboru byly vypočteny následující výsledky pro každou stanovenou hypotézu (viz podkapitola 5.1 Výzkumné hypotézy). Pro všechny hypotézy byla stanovena hladina významnosti $\alpha = 0,05$. V příloze (Příloha XIII) jsou uvedena grafická zobrazení výsledků jednotlivých výzkumných hypotéz.

Před testováním hypotéz byly vypočteny deskriptivní statistické údaje použitých škál. Deskriptivní statistiky obsahuje tabulka 6 níže.

	SBQ-R HS	MSPSS HS	MSS HS
N	194	194	77
Průměr	7,11	5,5	2,12
Median	7	5,8	2,2
Směrodatná odchylka	3,25	1,2	0,46
Minimum	3	1,3	1
Maximum	17	7	3

Pozn. HS = hrubý skór, N= velikost souboru.

Tabulka 6 – Deskriptivní statistiky hrubých skóru

H1: Homosexuálně orientovaní mladí dospělí vykazují signifikantně vyšší suicidální riziko v porovnání s heterosexuálními vrstevníky.

Welchův jednostranný t-test ukázal, že homosexuálně orientovaní mladí dospělí ($N = 82$; $M = 8,03$; $SD = 3,57$) vykazují signifikantně vyšší suicidální riziko než jejich heterosexuální vrstevníci ($N = 112$; $M = 6,45$; $SD = 2,83$), $t(149,7) = 3,32$; $p < 0,001$; $d = 0,49$; 95% CI[0,25; ∞).

Stanovenou hypotézu H1 lze na základě získaných výsledků **přijmout**.

H2: Skór vnímané sociální podpory negativně koreluje se skórem suicidálního rizika.

Na základě korelační analýzy se ukázala signifikantně negativní korelace mezi skórem vnímané sociální podpory a skórem suicidálního rizika, $r(194) = -0,37$; $p < 0,001$; 95% CI[-1,00; -0,26].

Stanovenou hypotézu H2 lze na základě získaných výsledků **přijmout**.

H3: Skór vnímaného menšinového stresu pozitivně koreluje se skórem suicidálního rizika u mladých homosexuálně orientovaných dospělých.

Na základě korelační analýzy se ukázala signifikantně pozitivní korelace mezi skóry vnímaného menšinového stresu a suicidálního rizika u homosexuální subpopulace, $r(77) = 0,45$; $p < 0,001$; 95% CI[0,28; -1,00].

Stanovenou hypotézu H3 lze na základě získaných výsledků **přijmout**.

VH1: Homosexuálně orientovaní muži vykazují signifikantně vyšší suicidální riziko než homosexuálně orientované ženy.

Welchův jednostranný t-test ukázal, že homosexuálně orientovaní mladí muži ($N = 46$; $M = 6,94$; $SD = 3,37$) se signifikantně neliší v míře suicidálního rizika od homosexuálně orientovaných žen ($N = 33$; $M = 7,64$; $SD = 3,49$), $t(67,6) = -0,89$; $p = 0,813$; $d = -0,21$; 95% CI[-0,58; ∞).

Stanovenou hypotézu VH1 na základě získaných výsledků **nelze přijmout**.

VH2a: Homosexuálně orientovaní mladí dospělí vykazují signifikantně nižší vnímanou sociální podporu než jejich heterosexuální vrstevníci.

Welchův jednostranný t-test ukázal, že homosexuálně orientovaní mladí dospělí ($N = 82$; $M = 5,48$; $SD = 1,14$) se signifikantně neliší v míře vnímané sociální podpory od heterosexuálně orientovaných mladých dospělých ($N = 112$; $M = 5,51$; $SD = 1,24$), $t(182,4) = 0,2$; $p = 0,421$; $d = 0,03$; 95% CI[-0,21; ∞).

Stanovenou hypotézu VH2a na základě získaných výsledků **nelze přijmout**.

VH2b: Suicidální homosexuálně mladí dospělí vykazují signifikantně nižší vnímanou sociální podporu než suicidální heterosexuální mladí dospělí.

Welchův jednostranný t-test ukázal, že suicidální homosexuálně orientovaní mladí dospělí ($N = 49$; $M = 5,22$; $SD = 1,21$) se signifikantně neliší v míře vnímané sociální podpory od suicidálních heterosexuálních mladých dospělých ($N = 49$; $M = 5,02$; $SD = 1,19$), $t(95,9) = 0,82$; $p = 0,792$; $d = 0,17$; 95% CI(- ∞ ; 0,50].

Stanovenou hypotézu VH2b na základě získaných výsledků **nelze přijmout**.

VH3: Zvýšené očekávání diskriminace a stigmatizace kvůli ne-heterosexuální orientaci od členů rodiny pozitivně koreluje s vyšším suicidálním rizikem u subpopulace homosexuálních mladých dospělých.

Na základě korelační analýzy se ukázala pozitivní korelace mezi skóry subškály očekávání diskriminace od členů rodiny (ODR) a skóry suicidálního rizika u homosexuální subpopulace, $r(77) = 0,36$; $p < 0,001$; 95% CI[0,19; 1,00].

Stanovenou hypotézu VH3 lze na základě získaných výsledků **přijmout**.

Výše představené výsledky výzkumných hypotéz jsou diskutovány v následující části diplomové práce.

9. Diskuse

Teoretická část práce se komplexně zabývá sebevražedností u homosexuálně orientovaných dospělých. Ve výzkumné části práce byl realizován kvantitativní výzkumný projekt, jehož hlavním cílem bylo zjistit, zda homosexuální mladí dospělí vykazují signifikantně vyšší suicidální riziko oproti jejich homosexuálním vrstevníkům v českém prostředí. Velká část zahraničních výzkumů orientovaných na suicidalitu ne-heterosexuálů se orientuje především na období dospívání a adolescence, které jsou samozřejmě citlivým a rizikovými obdobími, avšak u této subpopulace je kritické i následující období mladé dospělosti (Fish et al., 2019). Autorka předpokládá, že během mladé dospělosti se homosexuální jedinci potýkají s více stresory a rizikovými faktory, a proto budou vykazovat vyšší suicidální riziko oproti jejich heterosexuálním vrstevníkům. Autorka přitom vycházela ze zahraničních výzkumů (např.: Fish et al., 2019; Swannell et al., 2015; Tsypes et al., 2016), které se k tématu stavějí podobně. Dalším předpokladem bylo, že existuje souvislost mezi suicidálním rizikem a vnímanou sociální podporou (Chang et al., 2020; Plöderl & Fartacek, 2005) a suicidálním rizikem a vnímaným menšinovým stresem (Meyer, 2003, 2013).

Hlavní výzkumný cíl byl ověřen pomocí hypotézy H1. Výsledky realizovaného výzkumného projektu ukazují, že homosexuální mladí dospělí vykazují významně vyšší sebevražedné riziko než heterosexuální mladí dospělí. Pozorovaný efekt ($d = 0,49$) je v očekávané velikosti a je poměrně výrazný. Tato hypotéza se potvrdila a nalezené výsledky se shodují i s výše uvedenými zahraničními studiemi. Na základě cut-off skóre (≥ 7) vykazovala přesně polovina participantů (96) z celého souboru zvýšené suicidální riziko (bez ohledu na sexuální orientaci).

Vzhledem k tomu, že zahraniční výzkum uvádí rozdíly mezi suicidálním chováním u homosexuálních mužů a žen (např.: Almazan et al., 2014; King et al., 2008; Swannell et al., 2015; Tsypes et al., 2016), byla stanovena vedlejší výzkumná hypotéza VH1, která předpokládá, že homosexuální muži vykazují vyšší sebevražedné riziko než homosexuální ženy. Hypotéza VH1 nebyla prokázána a nelze ji přijmout. Srovnáme-li průměrné hrubé skóre homosexuálních žen a mužů ($M_{\text{ž}} = 7,64$; $M_{\text{m}} = 6,94$), ženy skórovaly mírně více než muži, ale ne signifikantně. Skupiny se od sebe ale významně statisticky neliší. Výsledky provedené studie jsou v souladu s trendem v obecné populaci, kde ženy vykazují vyšší míru suicidálních myšlenek, plánů i pokusů (Piscopo et al., 2016) a také se zjištěními zahraničních studií, např.: Fishová et al. (2019) nebo Tsypesová et al. (2016) uvádějí vyšší míru suicidálních myšlenek i pokusů u homosexuálních žen než u homosexuálních mužů. Pozorované výsledky jsou ale v rozporu se studiemi Kinga et al. (2008) a Swannellové et al. (2015), ze kterých hypotéza vychází. Swannellová et al. (2015) objasňuje vyšší míru suicidálních myšlenek u homosexuálních mužů v rámci jejich studie tím, že gayové trpí vyšší

mírou prožívané diskriminace a stigmatizace než homosexuální ženy. Tato okolnost ale může být kulturně podmíněna, a proto se signifikantní rozdíl mezi homosexuálními muži a ženami nemusel v této realizované studii projevit. Přestože výsledky nejsou signifikantní, je možné, že by se při větším vzorku výsledky ukázaly jako signifikantní, protože skutečný efekt může být nižší, než bylo při designu této studie očekáváno (předpokládaná velikost rozdílu mezi muži a ženami byla $d = 0,90$, zatímco zjištěná hodnota byla pouze $d = 0,21$).

Další hlavní hypotéza H2 se zaměřila na souvislost mezi sociální podporou a suicidálním rizikem, konkrétně předpokládala, že skóre vnímané sociální podpory negativně koreluje se skórem suicidálního rizika. Autorka se domnívá, že sociální podpora je proměnlivá, jelikož její nízká míra může být rizikovým faktorem sebevražedného chování, a naopak vysoká míra sociální podpory může sloužit jako protektivní faktor. Statistická analýza ukázala statisticky signifikantní nepřímou korelaci mezi těmito dvěma proměnnými a hypotézu H2 můžeme přijmout. Zjištěná korelace ($r = -0,37$) je vyšší než očekávaná korelace v rámci power analýzy ($r = 0,21$). Na základě těchto poznatků lze konstatovat, že sociální podpora hraje roli v rozvoji suicidálního chování a výsledky našeho výzkumu jsou ve shodě s výsledky jiných autorů, kteří se tímto tématem zabývali (Chang et al., 2020; Kleiman & Liu, 2013).

V návaznosti na hypotézu H2 byly zařazeny dvě vedlejší hypotézy VH2a a VH2b. Hypotéza VH2a se vztahovala k tomu, zda celkově homosexuální mladí dospělí vykazují nižší sociální podporu než jejich heterosexuální vrstevníci. Dle získaných výsledků se tyto dvě skupiny ale téměř neliší, což je patrné i ze srovnání průměrných hrubých skóre obou skupin ($M_{bo} = 5,48$; $M_{be} = 5,51$), a hypotézu VH2a nelze přijmout. Pozorovaný efekt ($d = 0,03$) není statisticky signifikantní a je výrazně nižší než odhadovaný efekt ($d = 0,5$).

Hypotéza VH2b se zabývala tím, zda suicidální mladí dospělí s homosexuální orientací mají nižší vnímanou sociální podporu než suicidální heterosexuální mladí dospělí. V provedeném výzkumu se popsané skupiny signifikantně neliší a hypotézu VH2 nelze přijmout. Sledovaný efekt ($d = 0,17$) je nižší, než očekávaný efekt ($d = 0,37$) vypočtený v rámci power analýzy, pozorovaný efekt není statisticky významný. Pokud srovnáme průměr hrubých skóre suicidálních heterosexuálních a homosexuálních mladých dospělých ($M_{be} = 5,02$; $M_{bo} = 5,22$), je patrné, že se tyto skupiny liší velmi málo.

Pokud se na výsledky VH2a a VH2b podíváme v kontextu výsledků hypotézy H2, tak se sociální podpora jeví jako obecný rizikový faktor, jelikož se projevuje napříč homosexuální i heterosexuální populací. Současně většina participantů uvedla průměrnou nebo vysokou míru sociální podpory,

a to i v rámci výzkumného podsouboru pro VH2b, kam byli zařazeni pouze ti participanté, kteří vykazovali zvýšené suicidální riziko. Tyto výsledky VH2b protirečí výsledkům zahraničních výzkumů, například Chang et al. (2020) nebo Plöderl & Fartacek (2005) referují nižší sociální podporu u suicidálních ne-heterosexuálních participantů než u těch s heterosexuální orientací. Jedním možným vysvětlením vysoké sociální podpory v tomto souboru může být zvolený způsob oslovení respondentů skrze facebookové stránky různých LGBTQ+ spolků a organizací, které v podstatě vytváří online komunitní síť sociální podpory. Současně byla zvolena metoda snowball, která předpokládá, že noví respondenti budou získáváni skrze doporučení od těch, kteří se již výzkumu zúčastnili. Tyto okolnosti naznačují, že zúčastnění jedinci jsou začleněni do nějaké sociální sítě přátel nebo online komunity, která jim poskytuje určitou míru sociální podpory. Pro podrobnější prozkoumání těchto výsledků by bylo vhodné v rámci dalšího výzkumu sbírat respondenty z různých zdrojů (mimo sociální sítě) a jinou metodou než sněhovou koulí, což by mohlo vést k jiným výsledkům, než jsou pozorovány v této práci. Výsledky této studie mohou být ovlivněny i kulturně. Přestože v ČR není situace ohledně LGBTQ+ problematiky ideální, český národ je v posledních letech vůči homosexuálům poměrně tolerantní a situace se postupně zlepšuje, avšak takovýto společenský posun se neděje všude ve světě (příkladem je třeba nedaleké Polsko nebo Maďarsko). Zjištění tohoto výzkumu naznačují, že v současnosti homosexuální mladí dospělí v ČR nepocítují nedostatek sociální podpory od svého okolí.

Poslední hlavní hypotézou byla H3 a věnovala se tomu, zda existuje vztah mezi vnímaným menšinovým stresem a suicidálním rizikem u homosexuální subpopulace. Konkrétně bylo očekáváno, že tyto dvě proměnné mezi sebou budou pozitivně korelovat a dle signifikantních výsledků korelační analýzy, je možné hypotézu H3 přijmout. Korelace pozorovaná v naší studii ($r = 0,45$) je vyšší než očekávaná korelace dle power analýzy ($r = 0,28$), zjištěná korelace je poměrně výrazná. Výsledky jsou v souladu se zjištěními zahraničních studií (např.: Fish et al., 2019; Kaniuka et al., 2019) i s teorií menšinového stresu (Meyer, 2003), která předpokládá, že vyšší míra menšinového stresu vede u ne-heterosexuální populace ke zvýšenému riziku rozvoje různých zdravotních potíží včetně suicidálního chování.

Zároveň byla stanovena vedlejší hypotéza VH3, jejíž cílem bylo ověřit, zda existuje souvislost mezi zvýšeným suicidálním rizikem a zvýšeným očekáváním diskriminace ze strany členů rodiny u homosexuálních participantů (např.: nepřijetí/odmítání sexuální orientace, negativní reakce aj.). Zmíněné očekávání diskriminace bylo měřeno skrze subškálu ODR v MSS. Výsledky realizovaného výzkumu ukazují, že vyšší skóre na subškále ODR pozitivně koreluje s vyšším suicidálním rizikem u mladých homosexuálně orientovaných dospělých. Hypotézu VH3 lze na

základě těchto výsledků přijmout. Sledovaná korelace ($r = 0,36$) je vyšší než očekávaná korelace v rámci power analýzy ($r = 0,28$). Pozorované výsledky jsou ve shodě s tvrzeními zahraničních autorů (Ryan et al., 2009; Snapp et al., 2015), např.: Ryanová et al. (2009) uvádí, že negativní reakce rodiny na ne-heterosexuální orientaci jedince během dospívání byla signifikantně asociována se zvýšeným rizikem suicidálních pokusů v mladší dospělosti. Vnímáním limitem v rámci této hypotézy je nedostatečný počet položek v subškále ODR, která obsahuje pouze 3 položky a nerozlišuje mezi vícero různými formami diskriminace od rodiny (subškála se orientuje na negativní reakci rodiny na coming out, nepřijetí rodinou kvůli sexuální orientaci a očekávání diskriminace). Autorka by zde ráda upozornila i na kulturní a společenský kontext, který určitě hraje roli v rozvoji menšinového stresu a který může mít negativní dopad na duševní zdraví.

Současně nebyla naplněna potřebná velikost souboru homosexuálních participantů pro VH2b a VH3. Velikost souboru pro jednotlivé hypotézy byla vypočtena pomocí power analýzy (viz 6.7 Power analýza). Kvůli tomuto nedostatku pravděpodobně provedené testy u hypotéz VH2b a VH3 nemají dostatečnou sílu (power), přestože u hypotézy VH3 byl nalezen větší než očekávaný efekt.

Co se týká výzkumného vzorku, zajímavé je srovnání odpovědí u otázek ohledně sexuální orientace participantů. Téměř polovina (47 %, 90) uvedla, že je sexuálně přitahují pouze osoby opačného pohlaví, než je jejich, ale současně se za heterosexuální identifikuje v celém výzkumném souboru více než polovina zúčastněných (58 %, 112). Obdobně 86 (44 %) osob přitahují pouze osoby stejného pohlaví, ale jako homosexuální se identifikuje 82 (42 %) z nich. Současně 14 (7 %) participantů uvedlo, že je přitahují obě pohlaví, ale 12 z nich se identifikovalo jako heterosexuální a 4 participantů uvedli, že si nejsou jistí, jaké pohlaví je přitahuje, přestože se dva identifikovali jako homosexuální a dva jako heterosexuální. I přes tento nesoulad se autorka rozhodla participanty se spornými odpověďmi zařadit, jelikož sexuální orientace byla ve výzkumu určována v návaznosti na otázku, do jaké kategorie se participant sami zařadí („*Identifikujete se jako: heterosexuální, homosexuální, bisexuální, jiné*“). Někteří participant, kteří odpovídali rozdílně u těchto otázek, komentovali tento nesoulad tím, že někdy v životě cítili přitažlivost, zamilování vůči osobě stejného pohlaví nebo s takovou osobou byli ve vztahu, ale nepovažují se za sexuální minoritu, jelikož většina jejich partnerů v životě byla opačného pohlaví. Jako další možné vysvětlení se nabízí, že možná tito participant ještě zcela neprošli procesem coming outu a nepřijali svou ne-heterosexuální orientaci, a proto se identifikovali jako heterosexuální nebo se zdráhali identifikovat se ne-heterosexuálně kvůli hypotetické stigmatizaci. Dalším vysvětlením může být efekt sociální desirability nebo špatná formulace otázky.

V rámci provedené studie vnímáme další limity. Výzkum byl realizován v určitém časovém období a výsledky mohli být zkresleny např.: vlivem ročního období, čemuž by se dalo předejít dlouhodobým sběrem dat (minimálně po dobu 1 roku), kde by bylo možné sledovat případné výkyvy dle ročního období. Současně a mnohem pravděpodobněji mohou být data zkreslena aktuální situací v ČR a online sběrem dat.

Vzhledem k situaci související s pandemií COVID-19 bylo nutné realizovat výzkum na citlivé téma sebevražednosti online, což neumožnilo přímý kontakt s participanty a možnost případné intervence. Tomuto omezení by se dalo předejít odložením realizace výzkumného projektu na dobu, kdy se situace s COVID-19 v ČR stabilizuje, budou uvolněna vládní opatření a bude možné se setkávat. Je ale těžké určit, kdy bude situace v republice stabilizovaná, a z osobních důvodů autorky práce nebylo možné na toto období čekat. Při realizaci byl proto kladen zvýšený důraz na vytvoření důkladných etických opatření (viz 6.3 Etika výzkumu), která vycházela z doporučení Michaelse et al. (2015). Na druhou stranu, díky online realizaci byl nasbírán velký počet participantů za krátkou dobu. Data ale mohla být zkreslena i prostředím včetně technického zařízení (PC, laptop, mobil), v jakém participant testovou baterii vyplňovali, nebo náhodná intervenující proměnná, kterou jsme nebyli schopni identifikovat.

Zároveň má pandemie COVID-19 mnoho negativních dopadů na fyzické i duševní zdraví a je pravděpodobné, že dojde k nárůstu míry sebevražednosti po celém světě (Národní ústav duševního zdraví [NUDZ], 2020; Sher, 2020). Aktuální situace tedy mohla mít vliv na pozorované výsledky. V rámci studie proto byla zahrnuta otázka, zda COVID-19 souvisel s nějakou prožitou negativní životní událostí v posledních měsících, přičemž tuto souvislost uvedlo pouze 21 (11 %) zúčastněných. I přesto by bylo na místě výzkumné šetření replikovat v období, ve kterém již bude situace s COVID-19 stabilizovaná a životy lidí se vrátí alespoň částečně do režimu před koronavirem.

Data samozřejmě mohla být ovlivněna i zvolenými testovými metodami. Všechny zvolené metody byly sebeposuzovací a výzkum probíhal online, tudíž mohlo dojít ke snaze některých respondentů ukázat se v „lepší světlo“ (tzv. sociální desirabilita). Na druhou stranu Nock et al. (2008a) uvádí, že tento efekt lze v rámci výzkumu sebevražedného chování limitovat tím, že výzkum bude realizován jako anonymní výzkumné šetření na počítači nebo online, což provedený výzkum splňuje. Zároveň bylo respondentům transparentně vysvětleno, čeho se výzkum týká, což mohlo také přispět ke snížení sociální desirability.

Kromě toho v České republice chybí standardizované nástroje pro měření suicidálního rizika i menšinového stresu, tudíž námi použité metody nemají české normy a neprošly standardizací, a to včetně metody MSPSS. U metody SBR-Q jsou jednotlivé otázky položeny velmi přímo, přestože se jedná o citlivé téma a metoda je vhodná i pro online výzkum. Naopak velkou výhodou SBQ-R je, že se obsahově vztahuje k potenciálu suicidality v průběhu celého života a nejenom k aktuálnímu riziku, na které se orientuje převaha škál zaměřených na suicidalitu. Největší úskalí použité škály MSPSS je nedostatečně popsána interpretace výsledků autory (Zimet, 2016; Zimet et al., 1988), kteří zároveň neuvádí, jak pracovat s daty v případě, kdy máme nevyrovnaný soubor z hlediska vnímané sociální podpory. Na druhou stranu je metoda MSPSS jednoduchá na administraci i vyhodnocení a poskytuje rychle informace o sociální podpoře konkrétního jedince. Škála MSS postrádá další validační studie a bylo by vhodné, kdyby byla revidována a zaměřila se na celou ne-heterosexuální subpopulaci. I u metody MSS byl limit v nedostatečně popsaném vyhodnocení a interpretaci škály autory (Pala et al., 2017). Všechny použité metody i tak autorka hodnotí spíše kladně a důvody, proč byly zvoleny jsou uvedeny v podkapitole 6.2 Metody získávání dat.

Limitem je i reprezentativnost výzkumného souboru, a to konkrétně z hlediska velikosti a nevyváženosti v určitých oblastech. Nepodařilo se získat dostatečně velký výzkumný soubor pro hypotézy VH2b a VH3, což u VH2b vedlo k pozorování menšího efektu, než jaký pravděpodobně skutečně je. Z hlediska demografických údajů je vzorek nejvíce nevyvážený v rámci nejvyššího dosaženého vzdělání, bydliště nebo pracovního statusu. Nepodařilo se nasbírat respondenty s nižším dosaženým vzděláním (bez ZŠ, pouze se ZŠ, s výučním listem), z menších měst a vesnic, v manželství či registrovaném partnerství nebo osoby na rodičovské/mateřské dovolené, pracující na částečný úvazek a nezaměstnané. Limit nereprezentativnosti výzkumného souboru popisují i autoři některých studií citovaných v teoretické části diplomové práce (např.: Bostwick et al., 2014; Skerrett et al., 2015). Omezující byla i nevyváženost souboru z hlediska vnímané sociální podpory, jelikož se nepodařilo nasbírat dostatek participantů s nízkou mírou sociální podpory. Pro další zkoumání je nutné nasbírat větší počet účastníků z různých socioekonomických vrstev, ale i z různých sociálních vrstev a z různých zdrojů (např.: mimo sociální sítě), což by mohlo pomoci dosáhnout reprezentativnější výzkumný soubor, a to i z hlediska větší variability ve vnímané sociální podpoře.

Co se týká dostupných literárních zdrojů, je potřeba konstatovat, že v České republice chybí publikace (včetně odborných článků a studií), které by se zabývaly duševním zdravím homosexuálů nebo celkově ne-heterosexuálů v českém prostředí. Nejvíce se této problematice věnuje Pitoňák

(např.: Pitoňák, 2016, 2017a), z jehož poznatků čerpá hlavně teoretická část práce. Autorka zároveň vnímá nedostatek aktuální literatury na téma suicidality v ČR a pozoruje i nedostatek monografií, které by se zaměřily konkrétně na sebevražednost v mladém věku. Teoretická část například čerpá z článku Praška z roku 2006, který sice obsahuje stále aktuální informace, ale byl publikován před 14 lety. Některé poznatky o sebevražedném chování se posunuly kupředu (například co se týká ne-heterosexuality, užívání internetu a sociálních sítí aj.) a současně novější publikace by byly přínosem pro odborníky v ČR. Z těchto důvodů se autorka při výběru literatury orientovala hlavně na zahraniční zdroje, kterých je v práci převaha. Zároveň bylo cílem uvádět v práci co nejaktuálnější zdroje, jsou zde tedy zahrnuty studie i z let 2019 a 2020.

Výsledky popsané v empirické části této diplomové práce nelze zobecnit kvůli výše zmíněným limitům a na jejich základě nemůžeme vytvářet kauzální závěry, což je úskalí i některých výše zmíněných zahraničních studií (Chang et al., 2020; Kaniuka et al., 2019; Ryan et al., 2009). I v rámci teoretické části je prostor pro její doplnění. Přestože provedená studie obsahuje limity, přináší jedinečné poznatky o suicidalitě homosexuálních mladých dospělých v České republice, jelikož podobná studie v ČR zatím nebyla realizována. Výsledky realizovaného výzkumu naznačují, že mladí dospělí s homosexuální orientací vykazují vyšší riziko sebevražedného chování ve srovnání s jejich heterosexuálními vrstevníky. Na toto zvýšené riziko má vliv mnoho faktorů, přestože obecným faktorům je vystavena celá populace, homosexuální subpopulace se navíc může potýkat se specifickými rizikovými faktory a menšinovým stresem, což může vytvářet aditivní zátěž, která může vést k rozvoji suicidálního chování. Je ale nezbytné podotknout, že rozvoj sebevražedného chování u homosexuálních osob nemusí nutně pramenit z jejich sexuální orientace, a s tím spojeným stresem a rizikovými faktory, ale může souviset více s obecnými rizikovými faktory, jejich kumulací a interakcí. I přesto mohou zjištění realizované studie přispět k tvorbě specifických preventivních opatření sebevražednosti pro homosexuální nebo celou LGBTQ+ subpopulaci. V České republice se od roku 2020 začínají implementovat systematická opatření prevence sebevražedného chování dle akčního plánu NAPPS, který ale konkrétně neadresuje problematiku sebevražednosti u ne-heterosexuálů. Tato diplomová práce přináší poznatky, které mohou přispět k rozvoji specifických preventivních opatření pro LGBTQ+ komunitu, která by měla být součástí opatření pro obecnou populaci. Konkrétním příkladem takového opatření je například vznik podpůrných a terapeutických skupin přímo pro ne-heterosexuály nebo by alespoň mohl vzniknout oficiální seznam či registr odborníků na duševní zdraví, kteří mají zkušenosti s LGBTQ+ klienty a nemají potíže s nimi pracovat. Klíčová je ale i edukace různých profesí a specialistů (např.: lékaři, psychologové, učitelé, sociální pracovníci aj.), kteří mohou být v kontaktu s ne-heterosexuálními osobami a měli by mít povědomí o možném zvýšeném riziku sebevražedného chování u této

skupiny obyvatel. Zároveň je nutné zdůraznit, že i v rámci intervenčních strategií u homosexuálních klientů by odborníci měli brát v potaz, kromě obecných faktorů, i specifické rizikové faktory popsané v této diplomové práci a měly by být zohledněny i poznatky plynoucí z teorie menšinového stresu. Zjištění provedené studie také naznačují, že homosexuální osoby v ČR stále vnímají určitou formu stigmatizace a diskriminace, což jsou stresory, které vedou k rozvoji menšinového stresu. Menšinový stres je dle výsledků významným faktorem, který má negativní dopad na duševní zdraví ne-heterosexuálů, potažmo může v kombinaci s dalšími faktory vést k rozvoji suicidálního chování. Česká společnost tedy musí nadále pokračovat v destigmatizaci těchto osob a boji proti diskriminaci LGBTQ+ komunity, a to například změnou legislativy upravující LGBTQ+ práva (novela zákona o manželství, povolení adopce u homosexuálních párů aj.), nebo zlepšováním komunikace médií při informování o komunitě a tématech LGBTQ+.

Přesto je tato zjištění nutné ověřit na reprezentativnějším vzorku respondentů a současně tuto problematiku dále zkoumat v českém prostředí. Další výzkum by měl věnovat pozornost suicidálnímu chování v celé LGBTQ+ komunitě v ČR pro doplnění poznatků. Zajímavé by například bylo srovnání heterosexuálně, homosexuálně a bisexuálně orientovaných a transgender osob v ČR z hlediska suicidálního chování. Kromě toho by se měl výzkum dále věnovat objasnění fungování sociální podpory jako rizikového a protektivního faktoru v rozvoji suicidálního chování u ne-heterosexuálů. Pozornost výzkumníků by také měla být posunuta více k protektivním faktorům, kde je evidováno značně méně vědeckých výzkumů než u faktorů rizikových. Současně by měl výzkum dále pokračovat ve zkoumání suicidality ne-heterosexuálů a také ve zkoumání účinných preventivních opatřeních.

Závěr

Diplomová práce se zabývala tématem suicidálního chování u homosexuálně orientovaných mladých dospělých. V teoretické části byly představeny konkrétní poznatky o sebevražedném chování u homosexuálů a zároveň byl věnován prostor rizikovým a protektivním faktorům suicidality jak pro obecnou populaci, tak konkrétně pro homosexuální subpopulaci. Současně byl popsán i proces vyhodnocení suicidálního rizika. Diplomová práce poskytuje poznatky aktuálních výzkumů, které srovnávaly suicidalitu u heterosexuálních a homosexuálních osob, což bylo i předmětem zkoumání empirické části práce.

Provedené výzkumné šetření poukázalo na vyšší suicidální riziko u homosexuálních mladých dospělých v porovnání s jejich heterosexuálními vrstevníky, což je v souladu se závěry zahraničních autorů, kteří se tomuto tématu věnují (Fish et al., 2019; Miranda-Mendizábal et al., 2017; Swannell et al., 2015; Tsypes et al., 2016). Nebyl pozorován signifikantní rozdíl v suicidálním riziku homosexuálních žen a mužů. Kromě toho se výzkumná studie zaměřila na vztah mezi suicidálním rizikem a faktorem sociální podpory a u homosexuálních respondentů i na vnímaný menšinový stres v souvislosti se sebevražedným rizikem. Dle výsledků provedené studie existuje vztah mezi výše zmíněnými proměnnými, nepodařilo se však ověřit, zda suicidální homosexuální jedinci vykazují vnímanou nižší sociální podporu než suicidální heterosexuální mladí dospělí. Současně naše výsledky naznačují, že u homosexuálních mladých dospělých očekávání diskriminace kvůli jejich sexuální orientaci ze strany rodiny souvisí s vyšším suicidálním rizikem. Tyto výsledky jsou společně s limity studie diskutovány v empirické části.

Provedená výzkumná studie poskytuje jedinečné poznatky o sebereportovaném sebevražedném chování homosexuálně orientovaných mladých dospělých, jelikož jako jedna z prvních mapuje tento fenomén v českém prostředí. Vzhledem k tomu, že výzkumný projekt obsahuje určité limity, je nutné realizovat další výzkumné studie na toto téma v ČR. Další výzkum by se měl orientovat na všechny ne-heterosexuálně orientované jedince v různých věkových kategoriích a měl by ověřit rozdíly v suicidalitě heterosexuálů a ne-heterosexuálů a případně objasnit rozdíly mezi kategoriemi LGBTQ+ komunity. Výsledky provedené studie lze využít například při tvorbě preventivních opatření suicidality nebo pro edukaci specialistů, kteří se často setkávají s homosexuálními klienty.

Seznam použité literatury

- Abbasi, K., & Bončková, H. (2019). *Kritická reflexe rozhodnutí, v němž se Nejvyšší správní soud poprvé zabýval právy transgender osob*. Právo21 – Právo srozumitelně a pro všechny. <https://pravo21.online/pravo/kriticka-reflexe-rozhodnuti-v-nemz-se-nejvyssi-spravni-soud-poprve-zabyval-pravy-transgender-osob>
- Almazan, E. P., Roettger, M. E., & Acosta, P. S. (2014). Measures of Sexual Minority Status and Suicide Risk among Young Adults in the United States. *Archives of Suicide Research*, 18(3), 274–281. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.824832>
- Almeida, J., Johnson, R. M., Corliss, H. L., Molnar, B. E., & Azrael, D. (2009). Emotional Distress Among LGBT Youth: The Influence of Perceived Discrimination Based on Sexual Orientation. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(7), 1001–1014. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9397-9>
- American Psychological Association. (n.d.a). *Gender nonconformity – APA Dictionary of Psychology*. American Psychological Association. <https://dictionary.apa.org/gender-nonconformity>
- American Psychological Association. (n.d.b). *Protective factor – APA Dictionary of Psychology*. American Psychological Association. <https://dictionary.apa.org/protective-factor>
- American Psychological Association. (2003). Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. In *APA Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Comprehensive Guidelines and Guideline Watches* (1. vyd., Roč. 1). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890423363.56008>
- American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct (2002, amended effective June 1, 2010, and January 1, 2017)*. <https://www.apa.org/ethics/code/>
- American Psychological Association. (2019). *Publication manual of the american psychological association (Seventh edition)*. American Psychological Association.
- American Psychological Association. (2008). *Answers to Your Questions: For a Better Understanding of Sexual Orientation and Homosexuality*. <https://www.apa.org/topics/lgbt/orientation>
- Amini-Tehrani, M., Nasiri, M., Jalali, T., Sadeghi, R., Ghotbi, A., & Zamanian, H. (2020). Validation and psychometric properties of Suicide Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R) in Iran. *Asian Journal of Psychiatry*, 47, 101856. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.101856>

- Azevedo, P., Vitória, J., & Norton, A. (2016). Mental health and suicidal risk in lesbian, gay and bisexual population. *European Psychiatry*, 33, S596–S597. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.2227>
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), Article 7. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>
- Baiocco, R., Pistella, J., Salvati, M., Ioverno, S., & Lucidi, F. (2018). Sports as a risk environment: Homophobia and bullying in a sample of gay and heterosexual men. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 22(4), 385–411. <https://doi.org/10.1080/19359705.2018.1489325>
- Baldessarini, R. J., & Hennen, J. (2004). Genetics of suicide: An overview. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(1), 1–13. <https://doi.org/10.1080/10673220490425915>
- Barnes, D. M., & Meyer, I. H. (2012). Religious Affiliation, Internalized Homophobia, and Mental Health in Lesbians, Gay Men, and Bisexuals. *The American journal of orthopsychiatry*, 82(4), 505–515. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01185.x>
- Baštecká, B. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Portál.
- Beňová, K., Goga, S., Gjuríčová, J., Hromada, J., Kodl, P., Louženský, J., Nová, J., Otáhlalová, L., Pechová, O., Procházka, I., Sokolová, V., Strachon, M., Štěpánková, M., Walek, C., & Wintr, J. (2007). *Analýza situace lesbické, gay, bisexuální a transgender menšiny v ČR*. Úřad vlády ČR.
- Bertolote, J. M. (2014). Prevention of Suicidal Behaviors. In M. Nock (Ed.), *The Oxford handbook of suicide and self-injury* (s. 335–366). Oxford University Press.
- Bettinsoli, M. L., Suppes, A., & Napier, J. L. (2019). Predictors of Attitudes Toward Gay Men and Lesbian Women in 23 Countries. *Social Psychological and Personality Science*, 11(5), 697–708. <https://doi.org/10.1177/1948550619887785>
- Birkett, M., Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2015). Does It Get Better? A Longitudinal Analysis of Psychological Distress and Victimization in Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Youth. *Journal of Adolescent Health*, 56(3), 280–285. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.275>
- Bláha, P. (2010). *Suicidalita a její vývoj u české populace (epidemiologie suicidálního chování)*. Univerzita Karlova.

- Blosnich, J. R., De Luca, S., Lytle, M. C., & Brownson, C. (2020). Questions of faith: Religious affiliations and suicidal ideation among sexual minority young adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1–9. <https://doi.org/10.1111/sltb.12679>
- Blosnich, J. R., Nasuti, L. J., Mays, V. M., & Cochran, S. D. (2016). Suicidality and sexual orientation: Characteristics of symptom severity, disclosure, and timing across the life course. *American Journal of Orthopsychiatry*, 86(1), 69–78. <https://doi.org/10.1037/ort0000112>
- Bostwick, J. M., Pabbati, Ch., Geske, J. R., & McKean, A. (2016). Suicide Attempt as a Risk Factor for Completed Suicide: Even More Lethal Than We Knew. *American Journal of Psychiatry*, 173(11), 1094–1100. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15070854>
- Bostwick, W. B., Boyd, C. J., Hughes, T. L., & McCabe, S. E. (2010). Dimensions of Sexual Orientation and the Prevalence of Mood and Anxiety Disorders in the United States. *American Journal of Public Health*, 100(3), 468–475. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.152942>
- Bostwick, W. B., Meyer, I., Aranda, F., Russell, S., Hughes, T., Birkett, M., & Mustanski, B. (2014). Mental Health and Suicidality Among Racially/Ethnically Diverse Sexual Minority Youths. *American Journal of Public Health*, 104(6), 1129–1136. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301749>
- Brent, D. A., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T., & Chiappetta, L. (1999). Age-and sex-related risk factors for adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1497–1505. <https://doi.org/10.1097/00004583-199912000-00010>
- Burr, E. M., Rahm-Knigge, R. L., & Conner, B. T. (2018). The Differentiating Role of State and Trait Hopelessness in Suicidal Ideation and Suicide Attempt. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 22(3), 510–517. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1366960>
- Burton, C. M., Marshal, M. P., Chisolm, D. J., Sucato, G. S., & Friedman, M. S. (2013). Sexual Minority-Related Victimization as a Mediator of Mental Health Disparities in Sexual Minority Youth: A Longitudinal Analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(3), 394–402. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9901-5>
- Calati, R., Ferrari, C., Brittner, M., Oasi, O., Olié, E., Carvalho, A. F., & Courtet, P. (2019). Suicidal thoughts and behaviors and social isolation: A narrative review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 245, 653–667. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.022>

- Camodeca, M., Baiocco, R., & Posa, O. (2018). Homophobic bullying and victimization among adolescents: The role of prejudice, moral disengagement, and sexual orientation. *European Journal of Developmental Psychology*, 16(5), 503–521. <https://doi.org/10.1080/17405629.2018.1466699>
- Carrico, A. W., Neilands, T. B., & Johnson, M. O. (2010). Suicidal Ideation Is Associated With HIV Transmission Risk in Men Who Have Sex With Men. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 54(4). <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e3181da1270>
- Classen, T. J., & Dunn, R. A. (2012). The effect of job loss and unemployment duration on suicide risk in the United States: A new look using mass-layoffs and unemployment duration. *Health Economics*, 21(3), 338–350. <https://doi.org/10.1002/hec.1719>
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., Heyrman, M. L., Warpinski, A., Gracia, G., Slopen, N., & Hall, L. L. (2005). Structural stigma in state legislation. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 56(5), 557–563. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.5.557>
- Crosby, A., Ortega, L., & Melanson, C. (2011). *Self-directed violence surveillance; uniform definitions and recommended data elements* (cdc:11997). <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11997>
- Český statistický úřad. (n.d.). *Sebevraždy*. Sebevraždy. https://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazdy_zaj
- Český statistický úřad. (2019). *Zemřelí podle seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR, krajích a okresech—2009 až 2018*. Český statistický úřad. <https://www.czso.cz/csu/czso/ceska-republika-podle-pohlavi-a-veku-2008-2017-b1c67xq334>
- Daine, K., Hawton, K., Singaravelu, V., Stewart, A., Simkin, S., & Montgomery, P. (2013). The Power of the Web: A Systematic Review of Studies of the Influence of the Internet on Self-Harm and Suicide in Young People. *PLoS ONE*, 8(10), e77555. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0077555>
- Dambi, J. M., Corten, L., Chiwaridzo, M., Jack, H., Mlambo, T., & Jelsma, J. (2018). A systematic review of the psychometric properties of the cross-cultural translations and adaptations of the Multidimensional Perceived Social Support Scale (MSPSS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 80. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0912-0>
- de Graaf, R., Sandfort, T. G. M., & ten Have, M. (2006). Suicidality and Sexual Orientation: Differences Between Men and Women in a General Population-Based Sample From The

- Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 35(3), 253–262. <https://doi.org/10.1007/s10508-006-9020-z>
- Delacre, M., Lakens, D., & Leys, C. (2017). Why Psychologists Should by Default Use Welch's t-test Instead of Student's t-test. *International Review of Social Psychology*, 30(1), 92–101. <https://doi.org/10.5334/irsp.82>
- di Giacomo, E., Krausz, M., Colmegna, F., Aspesi, F., & Clerici, M. (2018). Estimating the Risk of Attempted Suicide Among Sexual Minority Youths: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 172(12), 1145. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.2731>
- Dobiášovský, J. (2016). *Autobiografická paměť u lidí po suicidálním pokusu* [Univerzita Karlova]. <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/108392/>
- Drescher, J. (2015). Queer diagnoses revisited: The past and future of homosexuality and gender diagnoses in DSM and ICD. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 27(5), 386–395. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1053847>
- Duberstein, P. R., Conwell, Y., Conner, K. R., Eberly, S., & Caine, E. D. (2004). Suicide at 50 years of age and older: Perceived physical illness, family discord and financial strain. *Psychological Medicine*, 34(1), 137–146. <https://doi.org/10.1017/S0033291703008584>
- Duong, J., & Bradshaw, C. (2014). Associations between bullying and engaging in aggressive and suicidal behaviors among sexual minority youth: The moderating role of connectedness. *The Journal of School Health*, 84(10), 636–645. <https://doi.org/10.1111/josh.12196>
- Earnshaw, V. A., Bogart, L. M., Poteat, V. P., Reisner, S. L., & Schuster, M. A. (2016). Bullying Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. *Pediatric Clinics of North America*, 63(6), 999–1010. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.07.004>
- Eisenberg, M. E., & Resnick, M. D. (2006). Suicidality among Gay, Lesbian and Bisexual Youth: The Role of Protective Factors. *Journal of Adolescent Health*, 39(5), 662–668. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2006.04.024>
- Erlangsen, A., Drefahl, S., Haas, A., Bjorkenstam, C., Nordentoft, M., & Andersson, G. (2019). Suicide among persons who entered same-sex and opposite-sex marriage in Denmark and Sweden, 1989–2016: A binational, register-based cohort study. *J Epidemiol Community Health*, 74(1), 78–83. <https://doi.org/10.1136/jech-2019-213009>

- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175–191.
- Fergusson, D. M., Beautrais, A. L., & Horwood, L. J. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychological Medicine*, 33(1), 61–73. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006748>
- Fergusson, David M., Horwood, L. J., Ridder, E. M., & Beautrais, A. L. (2005). Suicidal behaviour in adolescence and subsequent mental health outcomes in young adulthood. *Psychological Medicine*, 35(7), 983–993. <https://doi.org/10.1017/S0033291704004167>
- Ferlatte, O., Salway, T., Oliffe, J. L., & Trussler, T. (2017). Stigma and suicide among gay and bisexual men living with HIV. *AIDS Care*, 29(11), 1346–1350. <https://doi.org/10.1080/09540121.2017.1290762>
- Fialová, A., Hejzák, R., Kubátová, A., Lenz, P., Malý, M., Pitoňák, M., Procházka, I., & Záloucká, H. (2019). *Sexuální chování mužů, kteří mají sex s muži—Česká zpráva ze studie European MSM Internet Survey (EMIS 2017)*. Státní zdravotní ústav. https://www.researchgate.net/publication/340455258_Sexualni_chovani_muzu_kteri_maji_sex_s_muži_Ceska_zprava_ze_studie_European_MSM_Internet_Survey_EMIS_2017
- Fish, J. N., Rice, C. E., Lanza, S. T., & Russell, S. T. (2019). Is Young Adulthood a Critical Period for Suicidal Behavior among Sexual Minorities? Results from a US National Sample. *Prevention Science*, 20(3), 353–365. <https://doi.org/10.1007/s11121-018-0878-5>
- Fjeldsted, R., Teasdale, T. W., Jensen, M., & Erlangsen, A. (2017). Suicide in Relation to the Experience of Stressful Life Events: A Population-Based Study. *Archives of Suicide Research*, 21(4), 544–555. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1259596>
- Flage, A. (2019). Discrimination against gays and lesbians in hiring decisions: A meta-analysis. *International Journal of Manpower*, 41(6), 671–691. <https://doi.org/10.1108/IJM-08-2018-0239>
- Forte, A., Trobia, F., Gualtieri, F., Lamis, D. A., Cardamone, G., Giallonardo, V., Fiorillo, A., Girardi, P., & Pompili, M. (2018). Suicide Risk among Immigrants and Ethnic Minorities: A Literature Overview. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1438. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071438>

- Frost, D. M., Lehavot, K., Meyer, I. H., Frost, D. M., & Lehavot, K. (2015). Minority stress and physical health among sexual minority individuals. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(1), 1–8. <https://doi.org/10.1007/s10865-013-9523-8>
- Gibbie, T. M., Mijch, A., & Hay, M. (2011). High levels of psychological distress in MSM are independent of HIV status: *Journal of Health Psychology*. <https://doi.org/10.1177/1359105311425272>
- Gibbs, J., & Goldbach, J. (2015). Religious Conflict, Sexual Identity, and Suicidal Behaviors among LGBT Young Adults. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 19. <https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1004476>
- Global Migration Data Analysis Centre. (2018). *Global migration indicators 2018: Insights from the Global Migration*. https://publications.iom.int/system/files/pdf/global_migration_indicators_2018.pdf
- Goldbach, J. T., Rhoades, H., Green, D., Fulginiti, A., & Marshal, M. P. (2019). Is There a Need for LGBT-Specific Suicide Crisis Services? *Crisis*, 40(3), 203–208. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000542>
- Gürhan, N., Beşer, N. G., Polat, U., & Koç, M. (2019). Suicide Risk and Depression in Individuals with Chronic Illness. *Community Mental Health Journal*, 55(5), 840–848. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00388-7>
- Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D’Augelli, A. R., Silverman, M. M., Fisher, P. W., Hughes, T., Rosario, M., Russell, S. T., Malley, E., Reed, J., Litts, D. A., Haller, E., Sell, R. L., Remafedi, G., Bradford, J., Beautrais, A. L., ... Clayton, P. J. (2011). Suicide and Suicide Risk in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations: Review and Recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58(1), 10–51. <https://doi.org/10.1080/00918369.2011.534038>
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170(3), 205–228. <https://doi.org/10.1192/bjp.170.3.205>
- Harrison, T. W. (2003). Adolescent Homosexuality and Concerns Regarding Disclosure. *Journal of School Health*, 73(3), 107–112. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2003.tb03584.x>
- Hatzenbuehler, M. (2009). How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*, 135(5), 707–730. <https://doi.org/10.1037/a0016441>

- Hatzenbuehler, M. L. (2011). The Social Environment and Suicide Attempts in Lesbian, Gay, and Bisexual Youth. *Pediatrics*, 127(5), 896–903. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-3020>
- Hatzenbuehler, M. L., McLaughlin, K. A., Keyes, K. M., & Hasin, D. S. (2010). The Impact of Institutional Discrimination on Psychiatric Disorders in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: A Prospective Study. *American Journal of Public Health*, 100(3), 452–459. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.168815>
- Havighurst, R. J. (1972). *Developmental tasks and education* (Third edition, newly revised). McKay.
- Heeringen, K. van. (2001). *Understanding suicidal behaviour—The suicidal approach to research, treatment and prevention*. John Wiley & Sons.
- Hegna, K., & Wichstrøm, L. (2007). Suicide Attempts among Norwegian Gay, Lesbian and Bisexual Youths: General and Specific Risk Factors. *Acta Sociologica*, 50(1), 21–37. <https://doi.org/10.1177/0001699307074880>
- Henson, K., Brock, R., Charnock, J., Wickramasinghe, B., Will, O., & Pitman, A. (2019). Risk of Suicide After Cancer Diagnosis in England. *JAMA Psychiatry*, 76(1), 51. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3181>
- Herek, G. M. (2000). Sexual prejudice and gender: Do heterosexuals' attitudes toward lesbians and gay men differ? *Journal of Social Issues*, 56(2), 251–266. <https://doi.org/10.1111/0022-4537.00164>
- Herek, G. M. (2009). Sexual Stigma and Sexual Prejudice in United States: A Conceptual Framework. In D. A. Hope (Ed.), *Contemporary Perspectives on Lesbian, Gay, and Bisexual Identities* (Roč. 54, s. 65–111). Springer New York. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-09556-1>
- Hillier, L., Jones, T., Monagle, M., Overton, N., Gahan, L., Blackman, J., & Mitchell, A. (2010). *Writing themselves in 3 (WTi3): The third national study on the sexual health and wellbeing of same sex attracted and gender questioning young people*. La Trobe University.
- HIV Prevence. (n.d.). Způsoby přenosu. *HIV Prevence*. <https://www.hiv-prevence.cz/zpusoby-prenosu.html>
- Holman, M. S., & Williams, M. N. (2020). Suicide Risk and Protective Factors: A Network Approach. *Archives of Suicide Research*, 0(0), 1–18. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1774454>

- Hooley, J. M., Franklin, J. Ch., & Nock, M. K. (2014). Chronic Pain and Suicide: Understanding the Association. *Current Pain and Headache Reports*, 18(8), 435. <https://doi.org/10.1007/s11916-014-0435-2>
- Hooven, C., Snedker, K. A., & Thompson, E. A. (2011). Suicide Risk at Young Adulthood: Continuities and Discontinuities From Adolescence. *Youth & Society*, 44(4), 524–547. <https://doi.org/10.1177/0044118X11407526>
- Horwitz, A. G., Berona, J., Czyz, E. K., Yeguez, C. E., & King, Ch. A. (2017). Positive and Negative Expectations of Hopelessness as Longitudinal Predictors of Depression, Suicidal Ideation, and Suicidal Behavior in High-Risk Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(2), 168–176. <https://doi.org/10.1111/sltb.12273>
- Hosák, L. (2015). Základy psychopatologie. In L. Hosák, J. Libiger, & M. a kol. Hrdlička (Ed.), *Psychiatrie* (s. 56–75).
- Chang, C. J., Fehling, K. B., & Selby, E. A. (2020). Sexual Minority Status and Psychological Risk for Suicide Attempt: A Serial Multiple Mediation Model of Social Support and Emotion Regulation. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00385>
- Charbonnier, E., & Graziani, P. (2016). The stress associated with the coming out process in the young adult population. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 20(4), 319–328. <https://doi.org/10.1080/19359705.2016.1182957>
- Chaudoir, S. R., Earnshaw, V. A., & Andel, S. (2013). “Discredited” Versus “Discreditable”: Understanding How Shared and Unique Stigma Mechanisms Affect Psychological and Physical Health Disparities. *Basic Appl Soc Psych*, 35(1), 75–87. <https://doi.org/10.1080/01973533.2012.746612>
- Chen, H., Li, Y., Wang, L., & Zhang, B. (2015). Causes of suicidal behaviors in men who have sex with men in China: A national questionnaire survey. *BMC Public Health*, 15(1), 91. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1436-8>
- Cho, B., & Sohn, A. (2016). How do Sexual Identity, and Coming Out Affect Stress, Depression, and Suicidal Ideation and Attempts Among Men Who Have Sex With Men in South Korea? *Osong Public Health and Research Perspectives*, 7(5), 281–288. <https://doi.org/10.1016/j.phrp.2016.09.001>

- Chung, D. T., Ryan, J. Ch., Hadzi-Pavlovic, D., Singh, S. P., Stanton, C., & Large, M. M. (2017). Suicide Rates After Discharge From Psychiatric Facilities: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(7), 694. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.1044>
- IGBP. (n.d.). *It Gets Better*. It Gets Better. <https://itgetsbetter.org/>
- ILGA - Europe. (2020). Czech Republic. In *Annual Review of the Human Rights Situation of Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex People in Europe and Central Asia 2020*. ILGA-Europe.
- Institute of Medicine (US) Committee on Lesbian, G. (2011). Early/Middle Adulthood. In *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding*. National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64798/>
- JASP Team. (2020). *JASP* (Version 0.14) [Computer software].
- Kaniuka, A., Pugh, K. C., Jordan, M., Brooks, B., Dodd, J., Mann, A. K., Williams, S. L., & Hirsch, J. K. (2019). Stigma and suicide risk among the LGBTQ population: Are anxiety and depression to blame and can connectedness to the LGBTQ community help? *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 23(2), 205–220. <https://doi.org/10.1080/19359705.2018.1560385>
- Kasal, A., Bechyňová, L., Daňková, Š., Melicharová, H., & Winkler, P. (2019). *Situační analýza prevence sebevraždy v České republice*. Národní ústav duševního zdraví. https://www.nudz.cz/files/pdf/situation-analysis-of-suicide-prevention-in-the-czech-republic_december_2019_fin_2.pdf
- Kertzner, R. M., Meyer, I. H., Frost, D. M., & Stirratt, M. J. (2009). Social and psychological well-being in lesbians, gay men, and bisexuals: The effects of race, gender, age, and sexual identity. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 79(4), 500–510. <https://doi.org/10.1037/a0016848>
- Kim, C. D., Seguin, M., Therrien, N., Riopel, G., Chawky, N., Lesage, A. D., & Turecki, G. (2005). Familial Aggregation of Suicidal Behavior: A Family Study of Male Suicide Completers From the General Population. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 1017–1019. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.1017>
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8(1), 70. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-70>

- Kleiman, E. M., & Liu, R. T. (2013). Social support as a protective factor in suicide: Findings from two nationally representative samples. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), 540–545. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.033>
- Kohlbrenner, V., Deuba, K., Karki, D. K., & Marrone, G. (2016). Perceived Discrimination Is an Independent Risk Factor for Suicidal Ideation among Sexual and Gender Minorities in Nepal. *PLOS ONE*, 11(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159359>
- Konishi, Ch., & Saewyc, E. (2013). Still a target: Sexual diversity and power of caring: *School Psychology International*. <https://doi.org/10.1177/0143034313512407>
- Koutek, J., & Kocourková, J. (2007). *Sebevražedné chování—Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Portál.
- Křeček, S. (2018). *Stínobra místo právního státu: LGBT o právo nejde*. Aktuálně.cz. <http://blog.aktualne.cz/blogy/stanislav-kreckek.php?itemid=32315>
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Grada.
- Látalová, K., Kamarádová, D., & Praško, J. (2015). *Suicidialita u psychických poruch*. Grada.
- Lea, T., de Wit, J., & Reynolds, R. (2014). Minority stress in lesbian, gay, and bisexual young adults in Australia: Associations with psychological distress, suicidality, and substance use. *Archives of Sexual Behavior*, 43(8), 1571–1578. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0266-6>
- Lin, H. (n.d.). *Convert between different effect sizes*. Effect size converter. https://www.escale.site/?fbclid=IwAR0HsrNZHF4poAkdBa8xuGD9PYV1_3vR6ajopQJxw1_fQ5WH2Gd_-njhukA#
- Mann, J. J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews. Neuroscience*, 4(10), 819–828. <https://doi.org/10.1038/nrn1220>
- Marshall, M. P., Dietz, L. J., Friedman, M. S., Stall, R., Smith, H. A., McGinley, J., Thoma, B. C., Murray, P. J., D'Augelli, A. R., & Brent, D. A. (2011). Suicidality and Depression Disparities Between Sexual Minority and Heterosexual Youth: A Meta-Analytic Review. *Journal of Adolescent Health*, 49(2), 115–123. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.02.005>
- Martos, A. J., Nezhad, S., & Meyer, I. H. (2015). Variations in Sexual Identity Milestones Among Lesbians, Gay Men, and Bisexuals. *Sexuality Research and Social Policy*, 12(1), 24–33. <https://doi.org/10.1007/s13178-014-0167-4>

- Masocco, M., Pompili, M., Vanacore, N., Innamorati, M., Lester, D., Girardi, P., Tatarelli, R., & Vichi, M. (2010). Completed Suicide and Marital Status According to the Italian Region of Origin. *Psychiatric Quarterly*, 81(1), 57–71. <https://doi.org/10.1007/s11126-009-9118-2>
- Matsubayashi, T., & Ueda, M. (2011). The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations. *Social Science & Medicine*, 73(9), 1395–1400. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.022>
- McDaniel, J. S., Purcell, D., & D’Augelli, A. R. (2001). The Relationship Between Sexual Orientation and Risk for Suicide: Research Findings and Future Directions for Research and Prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(s1), 84–105. <https://doi.org/10.1521/suli.31.1.5.84.24224>
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Xuan, Z., & Conron, K. J. (2012). Disproportionate exposure to early-life adversity and sexual orientation disparities in psychiatric morbidity. *Child Abuse & Neglect*, 36(9), 645–655. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.07.004>
- MEDIAN. (2018). *Postoje veřejnosti k LGBT*. MEDIAN s.r.o.
- Mendos, L. R. (2019). *State-Sponsored Homophobia 2019, Global Legislation Overview Update*. ILGA.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer, I. H. (2013). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(S), 3–26. <https://doi.org/10.1037/2329-0382.1.S.3>
- Meyer, I. H., Schwartz, S., & Frost, D. M. (2008). Social patterning of stress and coping: Does disadvantaged social statuses confer more stress and fewer coping resources? *Social Science & Medicine*, 67(3), 368–379. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.012>
- Michaels, M. S., Chu, C., Silva, C., Schulman, B. E., & Joiner, T. (2015). Considerations Regarding Online Methods for Suicide-Related Research and Suicide Risk Assessment. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(1), 10–17. <https://doi.org/10.1111/sltb.12105>
- Minárik, P. (2020). *Biskupové v Polsku chtějí nahnat gaye a lesby do speciálních zařízení a tam je „léčit”*. <https://www.novinky.cz/zahranicni/evropa/clanek/biskupove-v-polsku-chteji-nahnat-gaye-a->

lesby-do-specialnich-zarizeni-a-tam-je-lecit-

40334949?fbclid=IwAR18B9yBIEwmwdN6pNEOfn5MIA3XcOHydVaaGaH_QFZbmrUNpYVPVPeANYM

Ministerstvo vnitra. (2020). *Životní události · Covid Portál*. Covid Portál. <https://covid.gov.cz/situace/zivotni-udalosti>

Miranda-Mendizábal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Roca, M., Rodríguez-Marín, J., Rodríguez-Jiménez, T., Soto-Sanz, V., Vilagut, G., & Alonso, J. (2017). Sexual orientation and suicidal behaviour in adolescents and young adults: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 211(2), 77–87. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.196345>

Mościcki, E. K. (1997). Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatric Clinics of North America*, 20(3), 499–517. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70327-0](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70327-0)

Mościcki, K. E. (2014). Suicidal Behaviors Among Adults. In Matthew Nock (Ed.), *The Oxford handbook of suicide and self-injury* (s. 82–112). Oxford University Press.

Mustanski, B., & Liu, R. T. (2013). A Longitudinal Study of Predictors of Suicide Attempts Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. *Archives of Sexual Behavior*, 42(3), 437–448. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-0013-9>

Národní ústav duševního zdraví. (2020). *Pandemie COVID-19 může negativně ovlivnit sebevražednost, která vloni v ČR klesla o 10 %. Pomoci má Národní akční plán prevence sebevražd*. Národní ústav duševního zdraví. <https://www.nudz.cz/pandemie-covid-19-muze-negativne-ovlivnit-sebevrazednost-ktera-vloni-v-cr-klesla-o-10-pomoci-ma-narodni-akcni-plan-prevence-sebevrazd/>

National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. (2018). *Youth Risk Behavior Survey Data Summary & Trends Report 2007-2017* (s. 1–91). Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/pdf/trendsreport.pdf>

National Centre for Injury Prevention and Control. (2017). *10 leading causes of death by age group, United States—2017*. https://www.cdc.gov/injury/images/lc-charts/leading-causes_of_death_by_age_group_2017_1100w850h.jpg

Niederkrötenhaller, T., Fu, K., Yip, P. S. F., Fong, D. Y. T., Stack, S., Cheng, Q., & Pirkis, J. (2012). Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: A meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(11), 1037–1042. <https://doi.org/10.1136/jech-2011-200707>

- Nock, M. (Ed.). (2014). *The Oxford handbook of suicide and self-injury*. Oxford University Press.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., Girolamo, G. de, Gluzman, S., Graaf, R. de, Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R. C., Lepine, J. P., Levinson, D., Medina-Mora, M. E., ... Williams, D. (2008b). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98–105. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008a). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133–154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>
- Nock, M. K., & Kessler, R. C. (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 616–623. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.3.616>
- Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A., & Barrios, F. X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*, 8(4), 443–454. <https://doi.org/10.1177/107319110100800409>
- Ovčáček, J. (2019). *Příspěvek uživatele Jiří Ovčáček ze dne 12.8.2019*. Twitter. <https://twitter.com/PREZIDENTmluvci/status/1160901526153572352>
- Pala, A. N., Dell'Amore, F., Steca, P., Clinton, L., Sandfort, T., & Rael, C. (2017). Validation of the Minority Stress Scale Among Italian Gay and Bisexual Men. *Psychology of sexual orientation and gender diversity*, 4(4), 451–459. <https://doi.org/10.1037/sgd0000243>
- Parra Uribe, I., Blasco-Fontecilla, H., García-Parés, G., Giró Batalla, M., Llorens Capdevila, M., Cebrià Meca, A., de Leon-Martinez, V., Pérez-Solà, V., & Palao Vidal, D. J. (2013). Attempted and completed suicide: Not what we expected? *Journal of Affective Disorders*, 150(3), 840–846. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.03.013>
- Paul, J. P., Catania, J., Pollack, L., Moskowitz, J., Canchola, J., Mills, T., Binson, D., & Stall, R. (2002). Suicide Attempts Among Gay and Bisexual Men: Lifetime Prevalence and Antecedents. *American Journal of Public Health*, 92(8), 1338–1345. <https://doi.org/10.2105/AJPH.92.8.1338>
- Pavlovský, P. (2012). Pudy a instinkty a jejich poruchy. In *Psychiatrie* (s. 130–132).
- Pereira, H., & Rodrigues, P. (2015). Internalized Homophobia and Suicidal Ideation among LGB Youth. *Journal of Psychiatry*, 18(2). <https://doi.org/10.4172/Psychiatry.1000229>

- Perlman, Ch., Neufeld, E. M., Martin, L., Goy, M., & Hirdes, J. P. (2011). *Suicide Risk Assessment Inventory: A Resource Guide for Canadian Health care Organizations*. Ontario Hospital Association.
- Peter, T., & Taylor, C. (2014). Buried Above Ground: A University-Based Study of Risk/Protective Factors for Suicidality Among Sexual Minority Youth in Canada. *Journal of LGBT Youth*, 11(2), 125–149. <https://doi.org/10.1080/19361653.2014.878563>
- Piscopo, K., Lipari, R. N., Cooney, J., & Glasheen, C. (2016). *Suicidal Thoughts and Behavior among Adults: Results from the 2015 National Survey on Drug Use and Health | CBHSQ Data*, 1–15. SAMHSA. <https://www.samhsa.gov/data/report/suicidal-thoughts-and-behavior-among-adults-results-2015-national-survey-drug-use-and-health>
- Pitoňák, M. (2017a). Rozdíly v duševním zdraví mezi ne-heterosexuály a heterosexuály: Přehledová studie. *Československá psychologie*, 61(6), 575–592.
- Pitoňák, M. (2017b). Stanoviska odborných společností jsou jednotná: Odmítají „léčbu homosexuality“. *Queergeography*. <https://www.queergeography.cz/lgbtq-psychologie/stanoviska-odbornych-spolecnosti/>
- Pitoňák, M. (2016). Stručný vývoj postavení „homosexuality“ (ne-heterosexuality) v Česku. *Queergeography*. <https://www.queergeography.cz/strucny-vyvoj-postaveni/>
- Pitoňák, M. (2018). Sexuální občanství. *Queergeography*. <https://www.queergeography.cz/sexualni-obcanstvi/>
- Platt, S., Arensman, E., & Rezaeian, M. (2019). National Suicide Prevention Strategies – Progress and Challenges. *Crisis*, 40(2), 75–82. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000587>
- Plöderl, M., & Fartacek, R. (2005). Suicidality and associated risk factors among lesbian, gay, and bisexual compared to heterosexual Austrian adults. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 35(6), 661–670. <https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.6.661>
- Plöderl, M., & Fartacek, R. (2009). Childhood Gender Nonconformity and Harassment as Predictors of Suicidality among Gay, Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Austrians. *Archives of Sexual Behavior*, 38(3), 400–410. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9244-6>
- Plöderl, M., Wagenmakers, E.-J., Tremblay, P., Ramsay, R., Kralovec, K., Fartacek, C., & Fartacek, R. (2013). Suicide risk and sexual orientation: A critical review. *Archives of Sexual Behavior*, 42(5), 715–727. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-0056-y>

- Praško, J. (2006). Péče o suicidálního pacienta. *Psychiatrie pro Praxi*, 7(4), 191–195.
- Procházka, I. (2010a). Sexuální orientace. In P. Weiss, *Sexuologie* (s. 107–119). Grada.
- Procházka, I. (2010b). Sexuologické aspekty HIV infekce a AIDS. In P. Weiss, *Sexuologie* (s. 613–624). Grada.
- Příhoda, V. (1983). *Ontogeneze lidské psychiky (2. Díl)* (3. vyd). Státní pedagogické nakladatelství.
- Ptáček, R., & Raboch, J. (2010). Určení rozsahu souboru a power analýza v psychiatrickém výzkumu. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 106(1), 33–41.
- Puckett, J. A., Horne, S. G., Surace, F., Carter, A., Noffsinger-Frazier, N., Shulman, J., Detrie, P., Ervin, A., & Mosher, C. (2017). Predictors of Sexual Minority Youth's Reported Suicide Attempts and Mental Health. *Journal of Homosexuality*, 64(6), 697–715. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1196999>
- Raifman, J., Moscoe, E., Austin, S. B., & McConnell, M. (2017). Difference-in-Differences Analysis of the Association Between State Same-Sex Marriage Policies and Adolescent Suicide Attempts. *JAMA Pediatrics*, 171(4), 350. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.4529>
- Ratkowska, K. A., & De Leo, D. (2013). Suicide in Immigrants: An Overview. *Open Journal of Medical Psychology*, 02(03), 124–133. <https://doi.org/10.4236/ojmp.2013.23019>
- Rimes, K. A., Shivakumar, S., Ussher, G., Baker, D., Rahman, Q., & West, E. (2019). Psychosocial Factors Associated With Suicide Attempts, Ideation, and Future Risk in Lesbian, Gay, and Bisexual Youth. *Crisis*, 40(2), 83–92. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000527>
- Rudd, M. D. (2012). The Clinical Risk Assessment Interview. In Robert I. Simon & R. E. Hales (Ed.), *The American Psychiatric Publishing textbook of suicide assessment and management* (2nd ed, s. 57–73). American Psychiatric Pub.
- Rudd, M. D. (2014). Core Competencies, Warning Signs and Framework for Suicide Risk Assessment in Clinical Practice. In Matthew Nock (Ed.), *The Oxford handbook of suicide and self-injury* (s. 323–336). Oxford University Press.
- Rudd, M. D., Berman, A. L., Joiner, T. E., Nock, M. K., Silverman, M. M., Mandrusiak, M., Van Orden, K., & Witte, T. (2006). Warning Signs for Suicide: Theory, Research, and Clinical Applications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(3), 255–262. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.3.255>

- Rueda-Jaimes, G. E., Castro-Rueda, V. A., Rangel-Martínez-Villalba, A. M., Corzo-Casasadiago, J. D., Moreno-Quijano, C., & Camacho, P. A. (2017). Validity of the Suicide Behaviors Questionnaire-Revised in patients with short-term suicide risk. *The European Journal of Psychiatry*, 31(4), 145–150. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2017.09.002>
- Runeson, B., Odeberg, J., Pettersson, A., Edbom, T., Adamsson, I. J., & Waern, M. (2017). Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLOS ONE*, 12(7), e0180292. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180292>
- Russell, S. T., Toomey, R. B., Ryan, C., & Diaz, R. M. (2014). Being out at school: The implications for school victimization and young adult adjustment. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 84(6), 635–643. <https://doi.org/10.1037/ort0000037>
- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. M., & Sanchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123(1), 346–352. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-3524>
- Říčan, P. (2004). *Cesta životem: [Vývojová psychologie]*. Portál.
- Scott, K. M., Hwang, I., Chiu, W.-T., Kessler, R. C., Sampson, N. A., Angermeyer, M., Beautrais, A., Borges, G., Bruffaerts, R., de Graaf, R., Florescu, S., Fukao, A., Maria Haro, J., Hu, Ch., Kovess, V., Levinson, D., Posada-Villa, J., Scocco, P., & Nock, M. K. (2010). Chronic Physical Conditions and Their Association With First Onset of Suicidal Behavior in the World Mental Health Surveys. *Psychosomatic Medicine*, 72(7), 712–719. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181e3333d>
- Sher, L. (2019). Resilience as a focus of suicide research and prevention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(2), 169–180. <https://doi.org/10.1111/acps.13059>
- Sher, L. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(10), 707–712. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa202>
- Sherman, R. M., D’Orío, B., Rhodes, M. N., Johnson, S. G., & Kaslow, N. (2014). Racial/Ethnic, Spiritual/Religious, and Sexual Orientation Influences on Suicidal Behaviors. In Matthew Nock (Ed.), *The Oxford handbook of suicide and self-injury* (s. 265–285). Oxford University Press.
- Schneidman, E. (1987). At the point of no return. *Psychology Today*, 54–58.

- Simon, R. I. (2012). Suicide Risk Assessment: Gateway to Treatment and Management. In Robert I. Simon & R. E. Hales (Ed.), *The American Psychiatric Publishing textbook of suicide assessment and management* (2nd ed, s. 3–28). American Psychiatric Pub.
- Sisask, M., & Värnik, A. (2012). Media Roles in Suicide Prevention: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(1), 123–138. <https://doi.org/10.3390/ijerph9010123>
- Skeem, J. L., Silver, E., Aippelbaum, P. S., & Tiemann, J. (2006). Suicide-related behavior after psychiatric hospital discharge: Implications for risk assessment and management. *Behavioral Sciences & the Law*, 24(6), 731–746. <https://doi.org/10.1002/bsl.726>
- Skerrett, D. M., Kölves, K., & Leo, D. D. (2015). Are LGBT Populations at a Higher Risk for Suicidal Behaviors in Australia? Research Findings and Implications. *Journal of Homosexuality*, 62(7), 883–901. <https://doi.org/10.1080/00918369.2014.1003009>
- Snapp, S., Watson, R., Russell, S., Diaz, R., & Ryan, C. (2015). Social Support Networks for LGBT Young Adults: Low Cost Strategies for Positive Adjustment. *Family Relations*, 64. <https://doi.org/10.1111/fare.12124>
- Spivey, L. A., & Prinstein, M. J. (2019). A Preliminary Examination of the Association between Adolescent Gender Nonconformity and Suicidal Thoughts and Behaviors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(4), 707–716. <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0479-6>
- Státní zdravotní ústav. (2020). *Zprávy o výskytu a šíření HIV/AIDS za rok 2020*, SZÚ. Státní zdravotní ústav. <http://www.szu.cz/tema/prevence/zpravy-o-vyskytu-a-sireni-hiv-aids-za-rok-2020>
- Stewart, S. M., Kennard, B. D., Lee, P. W. H., Mayes, T., Hughes, C., & Emslie, G. (2005). Hopelessness and suicidal ideation among adolescents in two cultures. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(4), 364–372. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00364.x>
- Sullivan, G. R., & Bongar, B. (2012). Psychological Testing in Suicide Risk Management. In Robert I. Simon & R. E. Hales (Ed.), *The American Psychiatric Publishing textbook of suicide assessment and management* (2nd ed, s. 89–106). American Psychiatric Pub.
- Swannell, S., Martin, G., & Page, A. (2015). Suicidal ideation, suicide attempts and non-suicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual and heterosexual adults: Findings from an Australian national study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(2), 145–153. <https://doi.org/10.1177/0004867415615949>

- Šabatová, A. (2019). *Být LGBT+ v Česku, Zkušenosti LGBT+ lidí s předsudky, diskriminací, obtěžováním a násilím z nenávisti- Výzkum veřejného ochránce práv 2019* (s. 1–96). Ombudsman – veřejný ochránce práv. https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/DISKRIMINACE/Vyzkum/Vyzkum-LGBT.pdf
- Taliaferro, L. A., & Muehlenkamp, J. J. (2017). Nonsuicidal Self-Injury and Suicidality Among Sexual Minority Youth: Risk Factors and Protective Connectedness Factors. *Academic Pediatrics*, 17(7), 715–722. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2016.11.002>
- Tidemalm, D., Runeson, B., Waern, M., Frisell, T., Carlström, E., Lichtenstein, P., & Långström, N. (2011). Familial clustering of suicide risk: A total population study of 11.4 million individuals. *Psychological Medicine*, 41(12), 2527–2534. <https://doi.org/10.1017/S0033291711000833>
- Tsypes, A., Lane, R., Paul, E., & Whitlock, J. (2016). Non-suicidal self-injury and suicidal thoughts and behaviors in heterosexual and sexual minority young adults. *Comprehensive Psychiatry*, 65, 32–43. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.09.012>
- TTP. (n.d.). *The Trevor Project*. The Trevor Project - Saving Young LGBTQ Lives. <https://www.thetrevorproject.org/>
- Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II.: Dospělost a stáří*. Karolinum.
- Wang, P.-W., Ko, N.-Y., Hsiao, R. C., Chen, M.-H., Lin, H.-C., & Yen, C.-F. (2018). Suicidality Among Gay and Bisexual Men in Taiwan: Its Relationships with Sexuality and Gender Role Characteristics, Homophobic Bullying Victimization, and Social Support. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(2), 466–477. <https://doi.org/10.1111/sltb.12451>
- Warner, N., & Roozendaal, B. van. (2007). *Suicidality among lesbian, gay, bisexual and transgender youth, Report by ILGA-Europe to the Social, Health and Family Affairs Committee of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe*. ILGA - Europe. <https://www.ilga-europe.org/resources/ilga-europe-reports-and-other-materials/suicidality-among-lesbian-gay-bisexual-and>
- WHO. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. World Health Organization.
- WHO. (2016). *Suicide data*. WHO; World Health Organization. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

- WHO. (2018). *Suicide—World Health Statistics data visualizations dashboard*. World Health Organization; World Health Organization. <https://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en>
- Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., & Ruktrakul, R. (2011). Reliability and Validity of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): Thai Version. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 7, 161–166. <https://doi.org/10.2174/1745017901107010161>
- Yip, P. S. F., Yousuf, S., Chan, C. H., Yung, T., & Wu, K. C.-C. (2015). The roles of culture and gender in the relationship between divorce and suicide risk: A meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 128, 87–94. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.034>
- Yoshimasu, K., Kiyohara, Ch., & Miyashita, K. (2008). Suicidal risk factors and completed suicide: Meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 13(5), 243–256. <https://doi.org/10.1007/s12199-008-0037-x>
- Zaleski, M. E., Johnson, M. L., Valdez, A. M., Bradford, J. Y., Reeve, N. E., Horigan, A., Killian, M., Reeve, N. E., Slivinski, A., Stapleton, S., Vanhoy, M. A., Proehl, J., Wolf, L., Delao, A., & Gates, L. (2018). Clinical Practice Guideline: Suicide Risk Assessment. *Journal of Emergency Nursing*, 44(5), 505.e1-505.e33. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.07.012>
- Zhou, K., Li, H., Wei, X., Yin, J., Liang, P., Zhang, H., Kou, L., Hao, M., You, L., Li, X., & Zhuang, G. (2015). Reliability and validity of the multidimensional scale of perceived social support in Chinese mainland patients with methadone maintenance treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 60, 182–188. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.03.007>
- Zimet, G. (2016). *Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)—Scale Items and Scoring Information*.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30–41.
- Zive, G. (n.d.). *A Brief History of Western Homosexuality*. 3.
- Žirková, I. (2015). Sebevražda. In L. Hosák, M. Hrdlička, & J. Libiger (Ed.), *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Nakladatelství Karolinum. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/concordiaab-ebooks/detail.action?docID=4395903>

Seznam grafů

Graf 1 – Suicidální myšlenky v posledním roce mezi dospělými (18 let a víc)	15
Graf 2 – Suicidální plány v posledním roce mezi dospělými (18 let a víc)	16
Graf 3 – Suicidální pokusy v posledním roce mezi dospělými (18 let a víc)	16
Graf 4 – Rozložení pohlaví ve výzkumném souboru	73
Graf 5 – Rozložení věku ve výzkumném souboru	73
Graf 8 – Rozložení rodinného stavu ve výzkumném souboru	74
Graf 6 – Rozložení sexuální preference ve výzkumném souboru	74
Graf 7 – Rozložení sexuální orientace ve výzkumném souboru	74
Graf 10 – Rozložení pracovního statusu ve výzkumném souboru	75
Graf 9 – Rozložení nejvyššího dosaženého vzdělání ve výzkumném souboru	75
Graf 11 – Rozložení aktuálního bydliště ve výzkumném souboru	76
Graf 12 – Rozložení onemocnění ve výzkumném vzorku	76
Graf 13 – Rozložení prožité negativní události (a souvislosti s COVID-19) ve výzkumném vzorku	77

Seznam obrázků

Obrázek 1 – Schéma teorie menšinového stresu	20
--	----

Seznam tabulek

Tabulka 1 – Přehled obecných rizikových faktorů.....	34
Tabulka 2 – Přehled specifických rizikových faktorů u homosexuální subpopulace.....	42
Tabulka 3 – Přehled obecných protektivních faktorů	44
Tabulka 4 – Přehled protektivních faktorů specificky se vyskytujících u osob s homosexuální orientací.....	49
Tabulka 5 – Velikost souboru vypočítaná na základě power analýzy	71

Seznam zkratek

APA	Americká psychologická asociace
AIDS	Syndrom získaného selhání imunity
CDC	Americký národní institut veřejného zdraví
COVID-19	Koronavirus SARS-CoV-2
ČR	Česká republika
ČSSR	Československá socialistická republika
ČSÚ	Český Statistický úřad
DSM	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch
EU	Evropská unie
GMDAC	Global Migration Data Analysis Centre
HIV	Virus lidské imunitní nedostatečnosti
HOS	Subškála Homofóbní stigma
ITGB	It Gets Better Project
ILGA	Mezinárodní lesbická, gay, bisexuální, trans a intersex asociace
IHD	Subškála Internalizovaná homofobie proti druhým
IHS	Subškála Internalizovaná homofobie vůči sobě
LG	Lesby a gayové
LGB	Lesby, gayové a bisexuální osoby
LGBTQ+	Lesby, gayové, bisexuální, transgender a queer osoby
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MSPSS	Multidimensional Scale of Perceived Social Support
MSS	The Minority Stress scale
MST	Teorie menšinového stresu

NAPPS	Národní akční plán prevence sebevraždy
NCHHSTP	National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention
NUDZ	Národní ústav duševního zdraví
OD	Subškála Očekávání diskriminace
ODR	Subškála Očekávání diskriminace od členů rodiny
OEDEC	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
PS	Subškála Povědomí o stigmatu
SBQ-R	Suicidal Behavior Questionnaire – Revised
SO	Subškála Skrývání sexuální orientace
SS	Subškála Strukturální stigma
SZÚ	Státní Zdravotní úřad
TTP	The Trevor Project
TS	Tentamen suicidii
USA	Spojené státy americké
WHO	Světová zdravotnická organizace

Seznam příloh

Příloha I – Přehled LGBTQ+ organizací, spolků aj. a odborné a krizové psychologické pomoci	II
Příloha II – Testová baterie výzkumného projektu	IV
Příloha III – Informační leták pro respondenty	XIII
Příloha IV – Suicide Behaviors Questionnaire – revised (SBQ-R), původní (anglická) verze	XIV
Příloha V – Suicide Behaviors Questionnaire – revised (SBQ-R), Dotazník sebevražedného chování, český překlad.....	XV
Příloha VI – Multidimensional Scale of Percieved Social Support (MSPSS), původní (anglická) verze	XVI
Příloha VII – Multidimensional Scale of Percieved Social Support (MSPSS), Multidimenzionální škála vnímané sociální podpory, český překlad.....	XVII
Příloha VIII – Minority Stress Scale (MSS), položky anglické verze.....	XVIII
Příloha IX – Minority Stress Scale (MSS), Škála menšinového stresu, český překlad.....	XX
Příloha X – Text pro oslovení organizací při sběru dat a text pro sdílení výzkumného projektu	XXII
Příloha XI – Četnost jednotlivých onemocnění respondentů ve výzkumném souboru	XXIII
Příloha XII – Sociodemografické charakteristiky podrobně; heterosexuální a homosexuální podsoubor	XXIV
Příloha XIII – Grafické zobrazení výsledků jednotlivých hypotéz	XXV

Příloha I – Přehled LGBTQ+ organizací, spolků aj. a odborné a krizové psychologické pomoci

Pro LGBTQ+	Projekt Sbarvouven.cz (Spolek Prague Pride) <ul style="list-style-type: none"> ➤ www.sbarvouven.cz ➤ Poskytuje informace a podporu lidem, kteří aktuálně řeší coming out ➤ Články a videa na webu, online poradnu, podpůrné LGBTQ+ skupiny i skupiny pro rodiče v Praze nebo odkazy na další odbornou pomoc v celé ČR
	Projekt Řeknu.To <ul style="list-style-type: none"> ➤ www.araart.cz/reknu-to ➤ Projekt zaměřený na Romy s homosexuální orientací a jejich rodiče
	Stud <ul style="list-style-type: none"> ➤ www.stud.cz ➤ Nezisková organizace, která má široké spektrum činností od hájení práv a zájmů LGBTQ+ osob v ČR, přes osvětu veřejnosti o LGBTQ+ až po sdružování a vytváření podpory pro LGBTQ+ komunitu v ČR <p>Adresář kontaktů LGBTQ+ organizací, FB skupin apod.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ www.stud.cz/informace/lgbt-adresar.html <p>Projekty organizované Studem:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Queer Ball – www.queerball.cz ➤ Queer Lab - www.facebook.com/pg/QueerLab/about/ ➤ Studiovidlo - www.studiovidlo.cz/ ➤ Queer Knihovna v Brně - www.stud.cz/informace/queer-knihovna.html ➤ Queer festival Mezipatra - www.mezipatra.cz ➤ Mapa queer Brna - www.queerbrno.cz
	Logos – LGBTQ+ křesťané a křesťanky <ul style="list-style-type: none"> ➤ www.logoscr.cz ➤ Spolek věřících LGBTQ+ ➤ Neformální setkání v týdnu, pravidelná nedělní setkání nad modlitbami i možnost kontaktovat koordinátory mimo setkání
	Spolek Charlie <ul style="list-style-type: none"> ➤ www.charlie.li ➤ Spolek pro studenty i zaměstnance Karlovy Univerzity, ale i jiných vysokých škol ➤ Šíření osvěty, pořádají různé události, vytváří bezpečné a přijímající prostředí pro setkávání LGBTQ+ studentů apod.
	Právní poradna Prague Pride <ul style="list-style-type: none"> ➤ www.praguepride.cz/cs/pomoc/pravni-poradna ➤ Bezplatná právní pomoc lidem, kteří řeší problémy spojené s LGBTQ+ tematikou (např. registrované partnerství, uznání rodičovství vzniklého v zahraničí aj.)
	PROUD – platforma pro rovnoprávnost, uznání a diverzitu <ul style="list-style-type: none"> ➤ www.proud.cz ➤ Organizace, která se zabývá osvětou, hájením různých práv LGBTQ+ komunity, diskriminací a stigmatizací této minority <p>Adresář kontaktů odborné pomoci</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ www.proud.cz/mimo-proud/psychosocialni-pomoc.html
	Amnesty International Česká Republika <ul style="list-style-type: none"> ➤ www.amnesty.cz/lgbti/lgbt-v-ceske-republice
	Jsme fěr <ul style="list-style-type: none"> ➤ www.jsmefer.cz ➤ Iniciativy, které hájí práva LGBTQ+ osob v ČR a aktuálně se společně aktivně zabývají zrovnoprávněním stejnopohlavního manželství v ČR
	Spolek Queer Geography

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ www.queergeography.cz ➤ Spolek tvořený odborníky, kteří se zabývají sexualitou a LGBTQ+ tématy ➤ Jejich web poskytuje ověřené informace z různých LGBTQ+ otázek (např.: sexuální občanství, psychologie, HIV prevence aj.) ➤ Organizují i různé akce a projekty
	Organizace Trans*parent <ul style="list-style-type: none"> ➤ www.transparentprague.cz ➤ Organizace konkrétně zaměřená na hájení a prosazování práv transgender, nebinárních a genderqueer osob.
Evropské a světové LGBTQ+ organizace	International Lesbian and Gay Association (ILGA) <ul style="list-style-type: none"> ➤ www.ilga.org ➤ Mezinárodní organizace, která bojuje za práva LGBTQ+ a intersexuální práva ➤ Evropská odnož: ILGA-Europe - www.ilga-europe.org
	Human Rights Campaign <ul style="list-style-type: none"> ➤ www.hrc.org ; www.uniteforequalitylive.org ➤ Mezinárodní organizace, který bojuje za rovnoprávnost LGBTQ+
	International Gay and Lesbian Travel Association (IGLTA) <ul style="list-style-type: none"> ➤ www.iglta.org ➤ Organizace zaměřená na LGBTQ+ turismus, zdarma poskytuje různé informace a zdroje ohledně cestování a pracuje na prosazování rovnosti a bezpečnosti LGBTQ+ komunity v cestovním ruchu
	European Gay & Lesbian Sport Federation (EGLSF) <ul style="list-style-type: none"> ➤ www.eglsf.info ➤ Sportovní organizace, která podporuje účast LGBTQ+ osoby ve sportu, bojuje proti diskriminaci LGBTQ+ ve sportu aj. ➤ Organizuje událost EuroGames - www.eglsf.info/eurogames
Pro všechny	Linka Bezpečí <ul style="list-style-type: none"> ➤ www.linkabezpeci.cz , 116 111 ➤ Bezplatná linka pomoci pro děti a studující do 26 let, nonstop ➤ Spravují i linku pro rodiče - +420 606 021 021
	Linka první psychické pomoci <ul style="list-style-type: none"> ➤ www.linkapsychickepomoci.cz, 116 123 ➤ Bezplatná linka důvěry pro dospělé, nonstop
	Linky důvěry a krizová centra v jednotlivých krajích <ul style="list-style-type: none"> ➤ www.capld.cz/linky-duvery-cr ➤ www.poradna.fss.muni.cz/sit-kontaktu/linky-duvery-a-krizova-centra ➤ Kontakty a informace o jednotlivých linkách a krizových centrech
	Psychiatrické a psychologické ambulance <ul style="list-style-type: none"> ➤ www.katalog.psychoweb.cz ➤ www.psychoterapeuti.cz/adresar-psychoterapeutu ➤ Kontakty na jednotlivé psychology, psychoterapeuty a psychiatry
	Sexuologické ambulance v jednotlivých krajích <ul style="list-style-type: none"> ➤ www.persefona.cz/download/sexulogoveVCR.pdf ➤ Kontakty na jednotlivé sexuology
	Projekt Nevypust' duši <ul style="list-style-type: none"> ➤ www.nevypustdusi.cz/kde-hledat-pomoc/ ➤ Osvětový a edukativní projekt, který vytvořil podrobný adresář kontaktu odborné pomoci
	Projekt Nenech to být <ul style="list-style-type: none"> ➤ www.nntb.cz ➤ Projekt zabývající se redukcí šikany ve školách i na pracovištích s cílem vytvořit bezpečné a otevřené prostředí
	Česká společnost AIDS pomoc <ul style="list-style-type: none"> ➤ www.aids-pomoc.cz/poradna ➤ www.hiv-testovani.cz ➤ Organizace zabývající se osvětou o AIDS, pomocí lidem s AIDS, testováním HIV apod.

Příloha II – Testová baterie výzkumného projektu

Výzkum sebevražedného chování v mladší dospělosti

Dobrý den,

děkuji za Váš zájem účastnit se této výzkumné studie zaměřené na problematiku sebevražedného chování v období mladé dospělosti u osob s různou sexuální orientací. Jsem studentkou psychologie na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy a tento dotazník je součástí mé diplomové práce zaměřené na tuto problematiku. Cílem studie je prozkoumat faktory, které mohou mít vliv na sebevražedné chování ve věku mezi 19 až 29 rokem u jedinců s různou sexuální orientací.

Dotazník se skládá z několika částí a jeho vyplnění zabere **zhruba 20 minut**. Účast v této studii je zcela dobrovolná a máte právo ji kdykoliv ukončit. Získaná data jsou zcela anonymní a nebudou nijak propojena s Vaší osobou. Otázky s * jsou povinné a je nutné na ně odpovědět.

Pro účast v této studii Vám musí být **19 – 29 let**.

Dotazník prosím vyplňte pouze jednou.

Pokud máte jakýkoliv dotaz ohledně studie, obraťte se prosím na mě, Karolínu Slezákovou, na emailové adrese: slezakova.karolina@seznam.cz.

Předem děkuji za ochotu a čas věnovaný vyplnění dotazníku.

Bc. Karolína Slezáková

Jaké je vaše pohlaví?

- ☐ Žena
- ☐ Muž
- ☐ Jiné:

Kolik je vám let? (**Pro účast ve výzkumu vám musí být 19–29 let.**) _____

Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Bez vzdělání nebo neúplné základní vzdělání
- Základní
- Střední bez maturity
- Střední s maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské – bakalářský titul
- Vysokoškolské – magisterský titul
- Vysokoškolské – doktorský titul nebo vyšší

Která z následujících kategorií nejlépe vystihuje váš pracovní stav?

- Zaměstnaný(á), OSVČ
- Zaměstnaný(á) na částečný úvazek
- Studující (pouze studuji, nemám žádnou práci ani brigádu)
- Studující a zaměstnaný na plný úvazek
- Studující a zaměstnaný na částečný úvazek
- Nezaměstnaný, hledám práci
- Nezaměstnaný, nehledám práci
- Na mateřské/rodičovské dovolené

Jaká je velikost vašeho bydliště?

- do 1000 obyvatel
- do 5 000 obyvatel
- do 20 000 obyvatel
- do 100 000 obyvatel
- nad 100 000 obyvatel

Otázky v této části dotazníku jsou zaměřené na vaši sexuální orientaci a vztahy s vaším okolím. Pozorně si přečtěte jednotlivé otázky a zvolte jednu z uvedených možností. Odpovídejte prosím pravdivě.

Které z těchto tvrzení nejlépe popisuje vaše sexuální pocity v tuto chvíli?

- Přitahují mě pouze lidé mého vlastního pohlaví
- Přitahují mě lidé obou pohlaví
- Přitahují mě pouze lidé opačného pohlaví
- Nejsem si jistý(á)
- Nepřitahuje mě nikdo
- Jiné:

Identifikujete se jako:

- Heterosexuál(ka)
- Homosexuál (ka) – gay, lesba
- Bisexuál(ka)
- Jiné:

Máte aktuálně partnerský vztah?

- ☐ Ano, jsem ve vztahu
- ☐ Ano, jsem vdaná/ženatý/v registrovaném partnerství
- ☐ Ne, jsem svobodný(á)

Tato část dotazníku obsahuje otázky ohledně sebevražedného chování. U každé otázky prosím vyberte výrok, který Vás nejlépe vystihuje. Čtěte pozorně a odpovídejte pravdivě.

1. Myslel/a jste někdy na to, že se zabijete, nebo jste se pokusil/a zabít?

(Zaškrtněte pouze jednu odpověď):

- ☐ Nikdy
- ☐ Byla to jen krátká prchavá myšlenka.
- ☐ Alespoň jednou jsem měl/a plán, že se zabiji, ale nepokusil/a jsem se o to.
- ☐ Alespoň jednou jsem měl/a plán, že se zabiji a opravdu jsem chtěl/a zemřít.
- ☐ Pokusil/a jsem se zabít, ale nechtěl/a jsem zemřít.
- ☐ Pokusil/a jsem se zabít a opravdu jsem doufal/a, že zemřu.

2. Jak často jste za poslední rok přemýšlel/a, že byste se mohl/a zabít?

(Zaškrtněte pouze jednu odpověď):

- ☐ Nikdy
- ☐ Zřídka (1×)
- ☐ Někdy (2×)
- ☐ Často (3× - 4×)
- ☐ Velmi často (5× a více)

3. Řekl/a jste někdy někomu, že se chystáte spáchat sebevraždu, nebo že je možné, že ji spácháte?

(Zaškrtněte pouze jednu odpověď):

- ☐ Ne
- ☐ Ano, jednou, ale nechtěl/a jsem opravdu zemřít.
- ☐ Ano, jednou a opravdu jsem to chtěl/a zemřít.
- ☐ Ano, vícekrát než jednou, ale nechtěl/a jsem to udělat.
- ☐ Ano, vícekrát než jednou a opravdu jsem to chtěl/a udělat.

4. Jak pravděpodobné je, že se někdy pokusíte o sebevraždu?

(Zaškrtněte pouze jednu odpověď):

- ☐ Nikdy
- ☐ Vůbec žádná šance
- ☐ Spíše nepravděpodobné
- ☐ Nepravděpodobné
- ☐ Pravděpodobné
- ☐ Spíše pravděpodobné
- ☐ Velmi pravděpodobné

Otázky v této části dotazníku jsou zaměřené na to, jak vnímáte podporu od vaší rodiny, přátel a jiné důležité osoby ve vašem životě.

Zajímá nás, co si myslíte o následujících tvrzeních. Pečlivě si přečtete každé tvrzení a ohodnot'te, jej na této stupnici:

Vyberte „1“, pokud velmi silně nesouhlasíte

Vyberte „2“, pokud rozhodně nesouhlasíte

Vyberte „3“, pokud spíše nesouhlasíte

Vyberte „4“, pokud jste neutrální

Vyberte „5“, pokud spíše souhlasíte

Vyberte „6“, pokud silně souhlasíte

Vyberte „7“, pokud velmi silně souhlasíte

Existuje výjimečný člověk, který je kolem, když jsem v nouzi.	1 2 3 4 5 6 7
Existuje výjimečná osoba, se kterou mohu sdílet své radosti a strasti.	1 2 3 4 5 6 7
Moje rodina se mi opravdu snaží pomáhat.	1 2 3 4 5 6 7
Dostávám emocionální pomoc a podporu, kterou od své rodiny potřebuji.	1 2 3 4 5 6 7
Mám výjimečnou osobu, která je pro mě skutečným zdrojem útěchy.	1 2 3 4 5 6 7
Moji přátelé se mi opravdu snaží pomoci.	1 2 3 4 5 6 7
Mohu počítat se svými přáteli, když se něco pokazí.	1 2 3 4 5 6 7
Mohu mluvit o svých problémech se svou rodinou.	1 2 3 4 5 6 7
Mám přátele, se kterými mohu sdílet své radosti a strasti.	1 2 3 4 5 6 7
V mém životě je výjimečný člověk, který se zajímá o mé pocity.	1 2 3 4 5 6 7
Moje rodina je ochotna mi pomoci učinit rozhodnutí.	1 2 3 4 5 6 7
Mohu mluvit o svých problémech se svými přáteli.	1 2 3 4 5 6 7

Otázky v této části dotazníku jsou zaměřené na vás a okolnosti vašeho života. Pozorně si přečtěte každou otázku a vyberte jednu (pokud není uvedeno jinak) z možností. Odpovídejte prosím pravdivě.

Máte diagnostikované nějaké tělesné onemocnění?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

Pokud ano, jaké: ____

Máte diagnostikované nějaké psychické onemocnění?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

Pokud ano, jaké: _____

Stala se vám v životě v posledním čtvrt roce nějaká významná negativní životní událost?
(*Například ztráta blízké osoby, finanční potíže, ztráta přátel, domácí násilí, šikana, ztráta zaměstnání nebo bydlení aj.*)

- ☐ Ano
- ☐ Ne

Pokud jste na předchozí otázku odpověděl(a) ano, souvisí tyto negativní události s aktuální koronavirovou krizí v ČR?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

Pokud je Vaše sexuální orientace HOMOSEXUÁLNÍ, BISEXUÁLNÍ, apod., věnujte prosím těmto otázkám pozornost a odpovězte na ně.

Pokud je Vaše sexuální orientace HETEROSEXUÁLNÍ, můžete tuto část přeskočit kliknutím na "Další" v dolní části stránky.

Tato část dotazníku se zaměřuje na vaše názory a zkušenosti z vašeho okolí a světa v souvislosti s vaší ne-heterosexuální sexuální orientací. Odpovídejte prosím pravdivě a dle instrukcí.

Ohodnoťte, na stupnici od 1 (zcela nesouhlasím) do 5 (zcela souhlasím), jak moc souhlasíte s následujícími tvrzeními:

Kvůli mé sexuální orientaci:

Český stát neuznává všechna moje občanská práva.	1	2	3	4	5
Se nebudu moci oženit/vdát.	1	2	3	4	5
Si nebudu moci adoptovat dítě/děti.	1	2	3	4	5
Nebudu moci mít vztah, který je legálně uznán.	1	2	3	4	5

Následující tvrzení ohodnoťte na stupnici od 1 (nikdy) do 5 (pokaždé):

Kvůli mé sexuální orientaci:

Jsem byl(a) terčem verbálních útoků.	1	2	3	4	5
Jsem zažil(a) fyzickou agresi.	1	2	3	4	5
Jsem byl(a) diskriminován(a).	1	2	3	4	5

Ohodnoťte, na stupnici od 1 (zcela nesouhlasím) do 5 (zcela souhlasím), jak moc souhlasíte s následujícími tvrzeními:

Kvůli mé sexuální orientaci:

Se cítím vyloučen(a) ze společnosti.	1	2	3	4	5
Mě společnost vítá.	1	2	3	4	5
Se cítím být vystaven(a) velkému riziku zneužití.	1	2	3	4	5
Žiji s více nevýhodami ve svém životě ve srovnání s lidmi s heterosexuální orientací.	1	2	3	4	5
Očekávám, že budu terčem urážek a nadávek.	1	2	3	4	5
Si myslím, že mě můj kamarádi nepřijmou.	1	2	3	4	5
Ve srovnání s heterosexuálními osobami žiji ve znevýhodněných životních podmínkách.	1	2	3	4	5

Neměl(a) bych zveřejňovat svoji sexuální orientaci na pracovišti, protože to může mít negativní důsledky.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Kvůli mé sexuální orientaci mohu být diskriminován(a):

Nemocničním personálem	1	2	3	4	5
Mým praktickým lékařem	1	2	3	4	5
Na mém pracovišti	1	2	3	4	5
Mými kamarády	1	2	3	4	5

Kvůli mé sexuální orientaci:

Si myslím, že by mě moje rodina nepřijala.	1	2	3	4	5
Očekávám, že budu diskriminován(a) ze strany mé rodiny.	1	2	3	4	5

Odhalení mé sexuální orientace (by) zničilo vztahy s mou rodinou.

1 2 3 4 5

Ohodnořte, na stupnici od 1 (zcela nesouhlasím) do 5 (zcela souhlasím), jak moc souhlasíte s následujícími tvrzeními:

Nikdo neví o mé sexuální orientaci. 1 2 3 4 5

Má matka ví, jaká je má sexuální orientace. 1 2 3 4 5

Můj otec ví, jaká je má sexuální orientace. 1 2 3 4 5

S kým mluvíte o svém milostném životě?

U každé možnosti vyberte jednu z uvedených odpovědí.

S rodiči ano – ne – nemám rodiče

Se sourozenci ano – ne – nemám sourozence

S přáteli ano – ne – nemám přátele

S příbuznými (tj. strýcové, tety, bratřenci) ano – ne – nemám příbuzné

U následujících tvrzení vyberte jednu z uvedených možností.

Když vidím, jak se dva muži nebo dvě ženy drží za ruce:

Cítím intenzivní nepohodlí. ano – ne

Cítím intenzivní znechucení. ano – ne

Když vidím dva muže nebo dvě ženy líbat se na ulici:

Cítím intenzivní nepohodlí. ano – ne

Cítím intenzivní znechucení. ano – ne

Cítím intenzivní nepohodlí, když vidím maskulinní ženu. ano – ne

Cítím intenzivní nepohodlí, když vidím zženštilého muže. ano – ne

Ohodnořte, na stupnici od 1 (zcela nesouhlasím) do 5 (zcela souhlasím), jak moc souhlasíte s následujícími tvrzeními:

Přál(a) bych si, abych nebyl(a) gay /lesba/ bisexuální aj.

1 2 3 4 5

Moje sexuální orientace mi způsobuje intenzivní tíseň.

1 2 3 4 5

Přál(a) bych si, aby mě nepřitahovaly osoby stejného pohlaví.

1 2 3 4 5

Kdybych mohl(a), změnil(a) bych svoji sexuální orientaci.

1 2 3 4 5

Nejsem šťastný(á) se svou sexuální orientací.

1 2 3 4 5

Stydím se za to, že mě přitahují osoby mého vlastního pohlaví.

1 2 3 4 5

Kvůli mé sexuální orientaci, je možné, že budu považován za:

Nenormální (ho) 1 2 3 4 5

Pedofilní (ho) 1 2 3 4 5

Úchylného (úchylnou) 1 2 3 4 5

Vážení respondenti,

děkuji za Váš čas věnovaný vyplnění tohoto dotazníku. Pokud máte jakékoliv otázky ohledně dotazníku nebo studie aj, můžete mě kontaktovat na emailu slezakova.karolina@seznam.cz.

Ráda bych Vám také předala informace a kontakty, kam se můžete obrátit v případě, kdy se Vy nebo někdo z Vašich blízkých ocitne v těžké životní situaci, ve které si nevíte rady nebo byste si chtěli ublížit, anebo potřebujete s někým probrat otázky ohledně Vaší sexuální orientace aj.

Pokud se u Vás takovéto myšlenky či pocity objevují, obraťte se prosím na níže uvedené pracoviště.

(pozn.: níže uvedené odkazy musíte zkopírovat do svého prohlížeče, nebo si můžete níže z odkazu stáhnout PDF, ve kterém jsou všechny odkazy aktivní)

Linka první psychické pomoci → <http://linkapsychickepomoci.cz/>, Tel.: 116 123

- Pro dospělé, zdarma, anonymní, nonstop

Linka Bezpečí → <https://www.linkabezpeci.cz/> , Tel.: 166 111, chat online: <https://www.linkabezpeci.cz/sluzby/chatuj-s-nami/>

- Pro děti a mládež studující do 26 let, zdarma, anonymní, nonstop

Seznam linek důvěry a krizových center dle krajů → <https://poradna.fss.muni.cz/sit-kontaktu/linky-duvery-a-krizova-centra>

Mapa LGBT- friendly odborných poraden a psychologických ambulancí → <https://www.sbarvouven.cz/poradenska-sit/odborne-poradny/>

- Kontakty na jednotlivé LGBT-friendly odborníky v ČR

Online právní poradenství orientované na otázky ohledně LGBTQ+→

<https://www.praguepride.cz/cs/pomoc/pravni-poradna>

- Dospělí, zdarma

Česká společnost AIDS pomoc (linky a online poradna) → <https://www.tadyted.eu/>, tel.:

800 144 444; nonstop linka: 800 800 980, online poradna: [https://www.aids-](https://www.aids-pomoc.cz/poradna/)

[pomoc.cz/poradna/](https://www.aids-pomoc.cz/poradna/)

- Dospělí, zdarma, anonymní, nonstop/pracovní dny

Výše uvedené kontakty a několik dalších jsou v PDF formátu ke stažení zde:

<https://uloz.to/file/HdaAakdKySe8/letak-final-pdf>

Příloha III – Informační leták pro respondenty

Organizace, spolky, hnutí aj..

Heré se zaměřují na LGBTQ+ komunitu

Projekt Sbarvouen.cz

www.sbarvouen.cz
www.sbarvouen.cz/poradensko-sit/odborne-poradny
(Spolek Prague Pride)

Poskytuje informace a podporu lidem, kteří aktuálně řeší coming out. Články a videa na webu, online poradnu, podpůrné LGBTQ+ skupiny i skupiny pro rodiče v Praze nebo odkazy na další odbornou pomoc v celé ČR.

Projekt Řeknu.Ti

www.araart.cz/reknu-to

Projekt vytvořený pro romy s homosexuální orientací a jejich rodiče.

Spolek Charlie

www.charlie.li

Spolek pro studenty i zaměstnance Karlovy Univerzity, ale i jiných vysokých škol. Sílí osvětu, pořádají různé události, vytváří bezpečné a přijímající prostředí pro setkávání LGBTQ+ studentů apod.

Stud

www.stud.cz

Nezisková organizace, která má široké spektrum činnosti od hájení práv a zájmů LGBTQ+ osob v ČR, osvětu veřejnosti o LGBTQ+ až po sdružování a vytváření podpory pro LGBTQ+ komunitu v ČR.

Adresář kontaktů LGBTQ+ organizací. FB skupin apod.

www.stud.cz/informace/lgbt-adresar.html

Projekty organizované Studem

Gate
www.gejl.cz

Queer Ball
www.queerball.cz

Queer Lab
www.facebook.com/pg/QueerLab/about/

Studovidlo
www.studovidlo.cz

Queer knihovna v Brně
www.stud.cz/informace/queer-knihovna.html

Queer festival Mezipatra
www.mezipatra.cz

Mapa queer Brna
www.queerbrno.cz

Logos - LGBTQ+ křesťané a křesťanky

www.logoscr.cz

Spolek věřících LGBTQ+. Neformální setkání v týdnu, pravidelná nedělní setkání nad modlitbami i možnost kontaktovat koordinátory mimo setkání.

Právní poradna Prague Pride

www.praguepride.cz/cs/pomoc/pravni-poradna

Bezplatná právní pomoc lidem, kteří řeší problémy spojené s LGBTQ+ tematikou (např. registrované partnerství, uznání rodičovství vzniklého v zahraničí aj.)

PROUD

platforma pro rovnoprávnost, uznání a diverzitu
www.proud.cz

Organizace, která se zabývá osvětou, hájením různých práv LGBTQ+ komunity, diskriminací a stigmatizací této minority.

Adresář kontaktů odborné pomoci
www.proud.cz/mimo-proud/psychosocialni-pomoc.html

Amnesty International Česká republika

www.amnesty.cz/lgbti/lgbt-v-ceske-republice

Jame fér
www.jsmefer.cz

Iniciativy, které hájí práva LGBTQ+ osob v ČR a aktuálně se společně aktivně zabývají zrovnoprávněním stejnopohlavního manželství v ČR.

Spolek Queer Geography

www.queergeography.cz

Spolek tvořený odborníky, kteří se zabývají sexualitou a LGBTQ+ tématy. Jejich web poskytuje ověřené informace z různých LGBTQ+ otázek (např.: sexuální občanství, psychologie, HIV prevence aj.). Organizují i různé akce a projekty.

Organizace Trans*parent

www.transparentprague.cz
Organizace konkrétně zaměřená na hájení a prosazování práv transgender, nebinárních a genderqueer osob.

Vypracováno v rámci diplomové práce *Stigmatizace u mladých dospělých s homosexuální orientací (2020)*

Organizace, spolky, hnutí aj..

Heré se zaměřují na LGBTQ+ komunitu

Linka bezpečí

www.linkabezpeci.cz
Tel.: 116 111

Bezplatná linka pomoci pro děti a studující do 26 let, nonstop.

Linka pro rodiče
Tel.: +420 606 021 021

Linka první psychiatrické pomoci

www.linkapsychickepomoci.cz
Tel.: 116 123

Bezplatná linka důvěry pro dospělé, nonstop.

Psychiatrické a psychologické ambulance

www.katalog.psychoweb.cz
www.psychoterapeuti.cz/adresar-psychoterapeutu

Kontakty na jednotlivé psychology, psychoterapeuty a psychiatry

Sexuologické ambulance v jednotlivých krajích

www.perselona.cz/download/sexuologoveVCR.pdf

Kontakty na jednotlivé sexuology.

Projekt Nevypust duši

www.nevypustduši.cz/kde-hledat-pomoc

Osvětový a edukativní projekt, který vytvořil podrobný adresář kontaktu odborné pomoci.

Projekt Nenech to být

www.nntb.cz

Projekt zabývající se redukcí šikany ve školách i na pracovištích s cílem vytvořit bezpečné a otevřené prostředí.

Česká společnost AIDS pomoci

www.aids-pomoc.cz/poradna
www.hiv-testovani.cz

Organizace zabývající se osvětou o AIDS, pomoci lidem s AIDS, testováním HIV apod.

Tadyťed
www.tadyted.eu
Tel.: 800 144 444
Nonstop linka: 800 800 980

Web o možnostech testování v jednotlivých krajích ČR.

Organizace, spolky, hnutí aj..

Heré se zaměřují na LGBTQ+ komunitu v EU a ve světě

International Lesbian and Gay Association (ILGA)

www.ilga.org

Mezinárodní org., která bojuje za práva LGBTQ+ a intersexuální práva.

Evropská odnož: **ILGA-Europe**
www.ilga-europe.org

Human Rights Campaign

www.hrc.org
www.uniteforequalitylive.org

Mezinárodní organizace, který bojuje za rovnoprávnost LGBTQ+.

International Gay and Lesbian Travel Association (IGLTA)

www.iglta.org

Organizace zaměřená na LGBTQ+ turismus, zdarma poskytuje různé informace a zdroje ohledně cestování a pracuje na prosazování rovnosti a bezpečnosti LGBTQ+ komunity v cestovním ruchu.

European Gay & Lesbian Sport Federation (EGLSF)

www.eglsf.info

Sportovní organizace, která podporuje účast LGBTQ+ osoby ve sportu, bojuje proti diskriminaci LGBTQ+ ve sportu aj.

Organizuje událost **EuroGames**
www.eglsf.info/eurogames

Vypracováno v rámci diplomové práce *Stigmatizace u mladých dospělých s homosexuální orientací (2020)*
Grafická zpracování: Michal Ujda

Příloha IV – Suicide Behaviors Questionnaire – revised (SBQ-R), původní (anglická) verze

Patient Name _____ Date of Visit _____

Instructions: Please check the number beside the statement or phrase that best applies to you.

1. Have you ever thought about or attempted to kill yourself? (check one only)

- ☐ 1. Never
- ☐ 2. It was just a brief passing thought
- ☐ 3a. I have had a plan at least once to kill myself but did not try to do it
- ☐ 3b. I have had a plan at least once to kill myself and really wanted to die
- ☐ 4a. I have attempted to kill myself, but did not want to die
- ☐ 4b. I have attempted to kill myself, and really hoped to die

2. How often have you thought about killing yourself in the past year? (check one only)

- ☐ 1. Never
- ☐ 2. Rarely (1 time)
- ☐ 3. Sometimes (2 times)
- ☐ 4. Often (3-4 times)
- ☐ 5. Very Often (5 or more times)

3. Have you ever told someone that you were going to commit suicide, or that you might do it? (check one only)

- ☐ 1. No
- ☐ 2a. Yes, at one time, but did not really want to die
- ☐ 2b. Yes, at one time, and really wanted to die
- ☐ 3a. Yes, more than once, but did not want to do it
- ☐ 3b. Yes, more than once, and really wanted to do it

4. How likely is it that you will attempt suicide someday? (check one only)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 0. Never | <input type="checkbox"/> 4. Likely |
| <input type="checkbox"/> 1. No chance at all | <input type="checkbox"/> 5. Rather likely |
| <input type="checkbox"/> 2. Rather unlikely | <input type="checkbox"/> 6. Very likely |
| <input type="checkbox"/> 3. Unlikely | |

Příloha V – Suicide Behaviors Questionnaire – revised (SBQ-R), Dotazník sebevražedného chování, český překlad

U každé otázky prosím vyberte výrok, který Vás nejlépe vystihuje.

1. Myslel/a jste někdy na to, že se zabijete, nebo jste se pokusil/a zabít? (Zaškrtněte pouze jednu odpověď):

1 = Nikdy

2 = Byla to jen krátká prchavá myšlenka.

3a = Alespoň jednou jsem měl/a plán, že se zabiji, ale nepokusil/a jsem se o to.

3b = Alespoň jednou jsem měl/a plán, že se zabiji a opravdu jsem chtěl/a zemřít.

4a = Pokusil/a jsem se zabít, ale nechtěl/a jsem zemřít.

4b = Pokusil/a jsem se zabít a opravdu jsem doufal/a, že zemřu.

2. Jak často jste za poslední rok přemýšlel/a, že byste se mohl/a zabít?

(Zaškrtněte pouze jednu odpověď):

1 = Nikdy

2 = Zřídka (1×)

3 = Někdy (2×)

4 = Často (3× - 4×)

5 = Velmi často (5× a více)

3. Řekl/a jste někdy někomu, že se chystáte spáchat sebevraždu, nebo že je možné, že ji spácháte?

(Zaškrtněte pouze jednu odpověď):

1 = Ne

2a = Ano, jednou, ale nechtěl/a jsem opravdu zemřít.

2b = Ano, jednou a opravdu jsem to chtěl/a zemřít.

3a = Ano, vícekrát než jednou, ale nechtěl/a jsem to udělat.

3b = Ano, vícekrát než jednou a opravdu jsem to chtěl/a udělat.

4. Jak pravděpodobné je, že se někdy pokusíte o sebevraždu?

(Zaškrtněte pouze jednu odpověď):

0 = Nikdy

1 = Vůbec žádná šance

2 = Spíše nepravděpodobné

3 = Nepravděpodobné

4 = Pravděpodobné

5 = Spíše pravděpodobné

6 = Velmi pravděpodobné

Příloha VI – Multidimensional Scale of Percieved Social Support (MSPSS), původní (anglická) verze

Instructions: We are interested in how you feel about the following statements. Read each statement carefully. Indicate how you feel about each statement.

Circle the “1” if you **Very Strongly Disagree**

Circle the “2” if you **Strongly Disagree**

Circle the “3” if you **Mildly Disagree**

Circle the “4” if you are **Neutral**

Circle the “5” if you **Mildly Agree**

Circle the “6” if you **Strongly Agree**

Circle the “7” if you **Very Strongly Agree**

- | | |
|---|---------------|
| 1. There is a special person who is around when I am in need. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 2. There is a special person with whom I can share joys and sorrows. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 3. My family really tries to help me. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 4. I get the emotional help & support I need from my family. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 5. I have a special person who is a real source of comfort to me. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6. My friends really try to help me. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 7. I can count on my friends when things go wrong. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 8. I can talk about my problems with my family. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 9. I have friends with whom I can share my joys and sorrows. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 10. There is a special person in my life who cares about my feelings. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 11. My family is willing to help me make decisions. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 12. I can talk about my problems with my friends. | 1 2 3 4 5 6 7 |

Příloha VII – Multidimensional Scale of Percieved Social Support (MSPSS), Multidimenzionální škála vnímané sociální podpory, český překlad

Zajímá nás, co si myslíte o následujících tvrzeních. Pečlivě si přečtete každé tvrzení a ohodnot'te, jej na této stupnici:

Vyberte „1“, pokud velmi silně nesouhlasíte

Vyberte „2“, pokud rozhodně nesouhlasíte

Vyberte „3“, pokud spíše nesouhlasíte

Vyberte „4“, pokud jste neutrální

Vyberte „5“, pokud spíše souhlasíte

Vyberte „6“, pokud silně souhlasíte

Vyberte „7“, pokud velmi silně souhlasíte

- | | |
|---|---------------|
| 1. Existuje výjimečný člověk, který je kolem, když jsem v nouzi. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 2. Existuje výjimečná osoba, se kterou mohu sdílet své radosti a strasti. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 3. Moje rodina se mi opravdu snaží pomáhat. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 4. Dostávám emocionální pomoc a podporu, kterou od své rodiny potřebuji. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 5. Mám výjimečnou osobu, která je pro mě skutečným zdrojem útěchy. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6. Moji přátelé se mi opravdu snaží pomoci. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 7. Mohu počítat se svými přáteli, když se něco pokazí. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 8. Mohu mluvit o svých problémech se svou rodinou. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 9. Mám přátele, se kterými mohu sdílet své radosti a strasti. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 10. V mém životě je výjimečný člověk, který se zajímá o mé pocity. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 11. Moje rodina je ochotna mi pomoci učinit rozhodnutí. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 12. Mohu mluvit o svých problémech se svými přáteli. | 1 2 3 4 5 6 7 |

Příloha VIII – Minority Stress Scale (MSS), položky anglické verze

STRUCTURAL STIGMA: 5-point scale from 1 (*completely disagree*) to 5 (*completely agree*):

“The Italian state does not recognize all my civil rights.”

“I won’t be able to get married.”

“I won’t be able to adopt children.”

“I won’t be able to have a relationship that is legally recognized.”

ENACTED STIGMA: 5-point scale ranging from 1 (*never*) to 5 (*always*):

Because of my sexual orientation ...: “I have been the target of verbal aggressions.”

“I have experienced physical aggression.”

“I have been discriminated against.”

EXPECTATIONS OF DISCRIMINATION: 5-point scale from 1 (*completely disagree*) to 5 (*completely agree*)

Because of my sexual orientation:

“I feel excluded from my society.”

“Society welcomes me” (reverse scored)

“I feel at high risk of being abused.”

“I expect to be the target of insults.

“I think my friends won’t accept me.”

“I live with more disadvantages compared to heterosexual men.”

“I live a disadvantaged living condition compared to heterosexual men.”

“I should not disclose my sexual orientation at my place of work because it may have negative consequences.”

Because of my sexual orientation, I may be discriminated against ...: “by hospital staff,” “by my general practitioner,” “at my workplace,” “by my friends”.

EXPECTATIONS OF DISCRIMINATION FROM FAMILY MEMBERS: 5-point scale from 1 (*completely disagree*) to 5 (*completely agree*)

Because of my sexual orientation ...

“I think my family would not accept me.”

“I expect to be discriminated against by my family.”

“The disclosure of my sexual orientation to my family has ruined our relationship.”

SEXUAL ORIENTATION CONCEALMENT:

The answer scale was binary (“no” 0; “yes” 1):

“With whom do you talk about your love life?”

“My parents,” (yes-no)

“My siblings,”

“My friends,”

“Relatives” (i.e., uncles, aunts, cousins).

5-point scale ranging from 1 (*completely disagree*) to 5 (*completely agree*):

Rate your agreement with the following statements:

“Nobody knows I am gay/bisexual.”

“My father knows I am gay.”

“My mother knows I am gay.”

“The disclosure of my sexual orientation to my family has ruined our relationship.”

INTERNALIZED HOMOPHOBIA TOWARD OTHERS: 5-point scale ranging from 1 (*completely disagree*) to 5 (*completely agree*).

„I feel intense discomfort seeing a masculine woman.”

“I feel intense discomfort seeing a feminine man.”

“Seeing two men or two women holding hands, I feel,”:

“intense discomfort” (no–yes)

“intense disgust” (no–yes)

“Seeing two men or two women kissing in the street, I feel,”:

“intense discomfort” (no–yes)

“intense disgust” (no–yes)

INTERNALIZED HOMOPHOBIA TOWARD ONESELF: 5-point scale from 1 (*completely disagree*) to 5 (*completely agree*):

“I wish I were not gay/bisexual.”

“My sexual orientation causes me intense distress.”

“I am not happy with being gay/bisexual.”

“I wish I were not attracted to men.”

“I would change my sexual orientation If I could.”

“I am ashamed of being attracted to persons of my own sex.”

STIGMA AWARENESS: 5-point scale ranging from 1 (*completely disagree*) to 5 (*completely agree*)

Because of my sexual orientation, I might be considered: “abnormal,” “a pervert,” “a pedophile“.

Příloha IX – Minority Stress Scale (MSS), Škála menšinového stresu, český překlad

Ohodnoťte, na stupnici od 1 (zcela nesouhlasím) do 5 (zcela souhlasím), jak moc souhlasíte s následujícími tvrzeními:

Kvůli mé sexuální orientaci:

Český stát neuznává všechna moje občanská práva.	1	2	3	4	5
Se nebudu moci oženit/vdát.	1	2	3	4	5
Si nebudu moci adoptovat dítě/děti.	1	2	3	4	5
Nebudu moci mít vztah, který je legálně uznán.	1	2	3	4	5

Následující tvrzení ohodnoťte na stupnici od 1 (nikdy) do 5 (pokaždé):

Kvůli mé sexuální orientaci:

Jsem byl(a) terčem verbálních útoků.	1	2	3	4	5
Jsem zažil(a) fyzickou agresi.	1	2	3	4	5
Jsem byl(a) diskriminován(a).	1	2	3	4	5

Ohodnoťte, na stupnici od 1 (zcela nesouhlasím) do 5 (zcela souhlasím), jak moc souhlasíte s následujícími tvrzeními:

Kvůli mé sexuální orientaci:

Se cítím vyloučen(a) ze společnosti.	1	2	3	4	5
Mě společnost vítá.	1	2	3	4	5
Se cítím být vystaven(a) velkému riziku zneužití.	1	2	3	4	5
Žiji s více nevýhodami ve svém životě ve srovnání s lidmi s heterosexuální orientací.	1	2	3	4	5
Očekávám, že budu terčem urážek a nadávek.	1	2	3	4	5
Si myslím, že mě můj kamarádi nepřijmou.	1	2	3	4	5
Ve srovnání s heterosexuálními osobami žiji ve znevýhodněných životních podmínkách.	1	2	3	4	5

Neměl(a) bych zveřejňovat svoji sexuální orientaci na pracovišti, protože to může mít negativní důsledky.

Kvůli mé sexuální orientaci mohu být diskriminován(a):

Nemocničním personálem	1	2	3	4	5
Mým praktickým lékařem	1	2	3	4	5
Na mém pracovišti	1	2	3	4	5
Mými kamarády	1	2	3	4	5

Kvůli mé sexuální orientaci:

Si myslím, že by mě moje rodina nepřijala.	1	2	3	4	5
Očekávám, že budu diskriminován(a) ze strany mé rodiny.	1	2	3	4	5
Odhalení mé sexuální orientace (by) zničilo vztahy s mou rodinou.	1	2	3	4	5

Ohodnořte, na stupnici od 1 (zcela nesouhlasím) do 5 (zcela souhlasím), jak moc souhlasíte s následujícími tvrzeními:

Nikdo neví o mé sexuální orientaci.	1	2	3	4	5
Má matka ví, jaká je má sexuální orientace.	1	2	3	4	5
Můj otec ví, jaká je má sexuální orientace.	1	2	3	4	5

S kým mluvíte o svém milostném životě?

U každé možnosti vyberte jednu z uvedených odpovědí.

S rodiči	ano – ne – nemám rodiče
Se sourozenci	ano – ne – nemám sourozence
S přáteli	ano – ne – nemám přátele
S příbuznými (tj. strýcové, tety, bratřenci)	ano – ne – nemám příbuzné

U následujících tvrzení vyberte jednu z uvedených možností.

Když vidím, jak se dva muži nebo dvě ženy drží za ruce:

Cítím intenzivní nepohodlí.	ano – ne
Cítím intenzivní znechucení.	ano – ne

Když vidím dva muže nebo dvě ženy líbat se na ulici:

Cítím intenzivní nepohodlí.	ano – ne
Cítím intenzivní znechucení.	ano – ne

Cítím intenzivní nepohodlí, když vidím maskulinní ženu.

ano – ne

Cítím intenzivní nepohodlí, když vidím zženštilého muže.

ano – ne

Ohodnořte, na stupnici od 1 (zcela nesouhlasím) do 5 (zcela souhlasím), jak moc souhlasíte s následujícími tvrzeními:

Přál(a) bych si, abych nebyl(a) gay /lesba/ bisexuální aj.

1 2 3 4 5

Moje sexuální orientace mi způsobuje intenzivní tíseň.

1 2 3 4 5

Přál(a) bych si, aby mě nepřitahovaly osoby stejného pohlaví.

1 2 3 4 5

Kdybych mohl(a), změnil(a) bych svoji sexuální orientaci.

1 2 3 4 5

Nejsem šťastný(á) se svou sexuální orientací.

1 2 3 4 5

Stydím se za to, že mě přitahují osoby mého vlastního pohlaví.

1 2 3 4 5

Kvůli mé sexuální orientaci, je možné, že budu považován za:

Nenormální (ho)	1	2	3	4	5
Pedofilní (ho)	1	2	3	4	5
Úchylného (úchylnou)	1	2	3	4	5

Příloha X – Text pro oslovení organizací při sběru dat a text pro sdílení výzkumného projektu

Dobrý den,

aktuálně píšu diplomovou práci zaměřenou na sebevražedné chování u mladých homosexuálních dospělých a hledám LGBTQ+ respondenty pro svůj výzkum. Jelikož jsem na Vaši organizaci při psaní práce narazila, napadlo mě se na Vás nyní obrátit s dotazem ohledně nasdílení mého dotazníku. Dotazník budou sdílet i v rámci Facebook profilu Queergeography, je možné tedy příspěvek předsdílet od nich, nebo můžete použít níže zaslaný text s odkazem na dotazník. Pokud by to bylo možné, budu velmi vděčná za spolupráci. Pokud to možné není, tak to samozřejmě respektuji. V případě, že by vás něco zajímalo více, ráda odpovím.

Moc děkuji

Karolína Slezáková

Text pro sdílení:

„Dobrý den, jmenuji se Karolína Slezáková a aktuálně dokončuji magisterské studium psychologie na Univerzitě Karlově. V rámci praktické části mé diplomové práce hledám mladé lidi ve věku 19 až 29 let, kteří by věnovali pár minut svého času vyplnění níže uvedeného dotazníku, který je zaměřený na zkoumání sebevražedného chování mezi mladými dospělými stejně jako celá diplomová práce. Cílem výzkumu je prozkoumat faktory, které mohou mít vliv na sebevražedné chování v tomto věku u osob s různou sexuální orientací. Výzkum je zcela anonymní a Vaše účast je dobrovolná, můžete z něj tedy kdykoliv odejít. Na konci dotazníku také najdete odkaz, přes který si můžete stáhnout leták s informacemi a kontakty na odbornou pomoc a na různé organizace zaměřené na LGBTQ+.“

Příloha XI – Četnost jednotlivých onemocnění respondentů ve výzkumném souboru

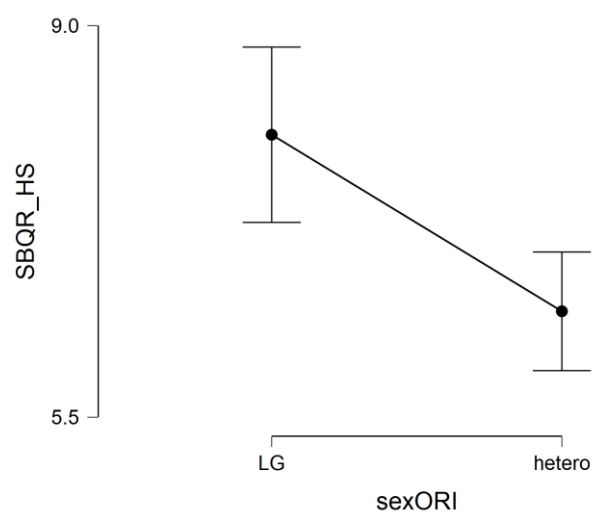
FYZICKÉ ONEMOCNĚNÍ	ČETNOST	PSYCHICKÉ ONEMOCNĚNÍ	ČETNOST
Tetanie	2	Depresivní poruchy	10
Roztroušená skleróza	2	Úzkostné poruchy	9
Poruchy štítné žlázy	2	Porucha osobnosti	4
Alergie, astma	2	Schizofrenie	3
Hypothyreóza	2	Smíšená úzkostná a depresivní porucha	3
Glomerulonefritida	1	Aspergerův syndrom	1
Hypertenze	1	Genderová dysforie	1
Dysplazie kyčelního kloubu	1	Selektivní mutismus	1
Neurofibromatóza (NF1)	1	Panická porucha	1
Lupénka	1	Hypochondrická porucha	1
Porucha vazivových tkání	1	Posttraumatická stresová porucha	1
Diabetes mellitus (I.typ)	1	Poruchy příjmu potravy	1
Paraparéza dolních končetin	1		
Poruchy trávicího traktu	1		
Crohnova choroba	1		
Epilepsie	1		
Dětská mozková obrna	1		
Reflux	1		
Hluchota na jedno ucho (po TS)	1		
Skolióza	1		

Příloha XII – Sociodemografické charakteristiky podrobně; heterosexuální a homosexuální podsoubor

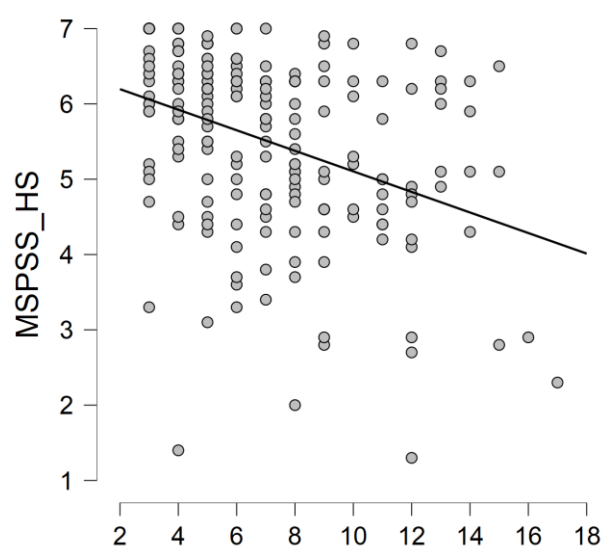
Proměnná	Celkové N (%)	Heterosexuální (N; %)	Homosexuální (N; %)
N	194 (100 %)	112 (58 %)	82 (42 %)
Pohlaví			
Muž	75 (39 %)	29 (26 %)	46 (56 %)
Žena	116 (60 %)	83 (74 %)	33 (40 %)
Nebinární	3 (1 %)	0	3 (4 %)
Aktuální sexuální preference			
Přitahují mě pouze lidé mého vlastního pohlaví	86 (44 %)	8 (7 %)	78 (95 %)
Přitahují mě lidé obou pohlaví	14 (7 %)	12 (11 %)	2 (2,5 %)
Přitahují mě pouze lidé opačného pohlaví	90 (47 %)	90 (80 %)	0
Nejsem si jistý(á)	4 (2 %)	2 (2 %)	2 (2,5 %)
Aktuální vztah			
Ano – v manželství, registr. partnerství	6 (3 %)	3 (2,5 %)	3 (4 %)
Ano – ve vztahu	104 (54 %)	70 (62,5 %)	34 (41 %)
Svobodný(á)	84 (43 %)	39 (35 %)	45 (55 %)
Nejvyšší dosažené vzdělání			
Základní	7 (4 %)	5 (4 %)	2 (2,5 %)
Středoškolské bez maturity	6 (3 %)	3 (3 %)	3 (4 %)
Středoškolské s maturitou	98 (50 %)	47 (42 %)	51 (62 %)
Vyšší odborné	4 (2 %)	2 (2 %)	2 (2,5 %)
Vysokoškolské – Bc.	52 (27 %)	38 (34 %)	14 (17 %)
Vysokoškolské – Mgr.	27 (14 %)	17 (15 %)	10 (12 %)
Vysokoškolské – Ph.D.	0	0	0
Pracovní status			
Zaměstnaný(á), OSVČ	62 (32 %)	34 (30 %)	28 (34 %)
Zaměstnaný(á) na částečný úvazek		1 (1 %)	1 (1 %)
Studující	42 (22 %)	23 (20,5 %)	19 (23 %)
Studující a zaměstnaný na plný úvazek	16 (8 %)	10 (9 %)	6 (7 %)
Studující a zaměstnaný na částečný úvazek	68 (35 %)	41 (36,5 %)	27 (33 %)
Nezaměstnaný(á)	2 (1 %)	1 (1 %)	1 (1 %)
Na mateřské/rodičovské dovolené	2 (1 %)	2 (2 %)	0
Bydliště			
do 1000 obyvatel	18 (9 %)	8 (7 %)	4 (5 %)
do 5 000 obyvatel	12 (6 %)	10 (9 %)	8 (10 %)
do 20 000 obyvatel	24 (13 %)	15 (13 %)	9 (11 %)
do 100 000 obyvatel	29 (15 %)	22 (20 %)	7 (8 %)
nad 100 000 obyvatel	111 (57 %)	57 (51 %)	54 (66 %)
Diagnostikované onemocnění			
Somatické	22 (11 %)	15 (13 %)	7 (8,5 %)
Psychické	27 (14 %)	5 (4,5 %)	22 (27 %)
Negativní událost			
Ano	85 (44 %)	44 (39 %)	41 (50 %)
Ne	109 (56 %)	68 (61 %)	41 (50 %)
Negativní událost – COVID*			
Ano	21 (11 %)	10 (9 %)	11 (13 %)
Ne	94 (48 %)	54 (48 %)	40 (49 %)
Neodpověděli	79 (41 %)	48 (43 %)	31 (38 %)

Příloha XIII – Grafické zobrazení výsledků jednotlivých hypotéz

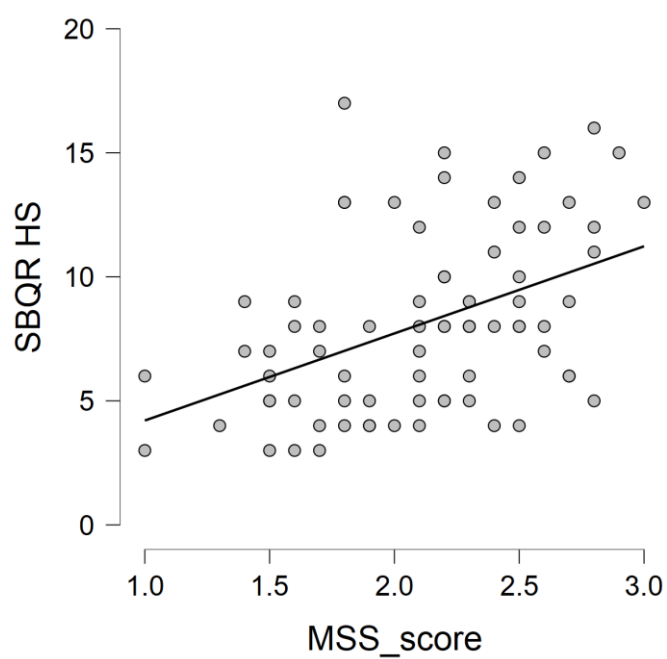
H1:



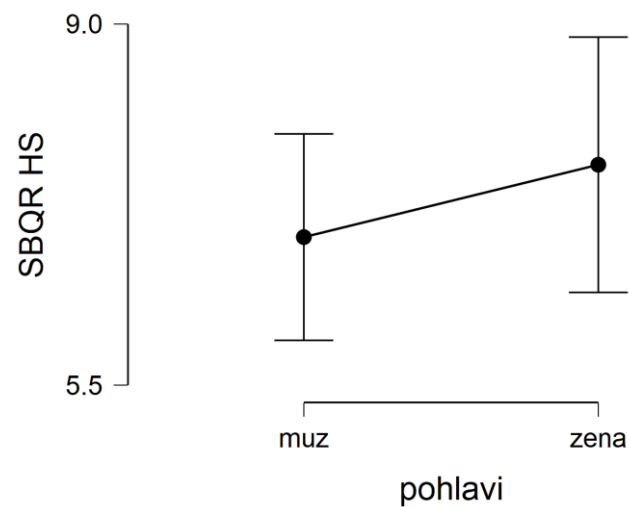
H2:



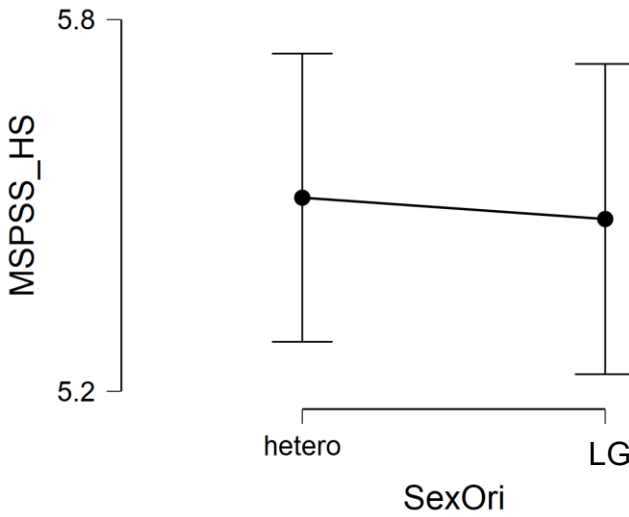
H3:



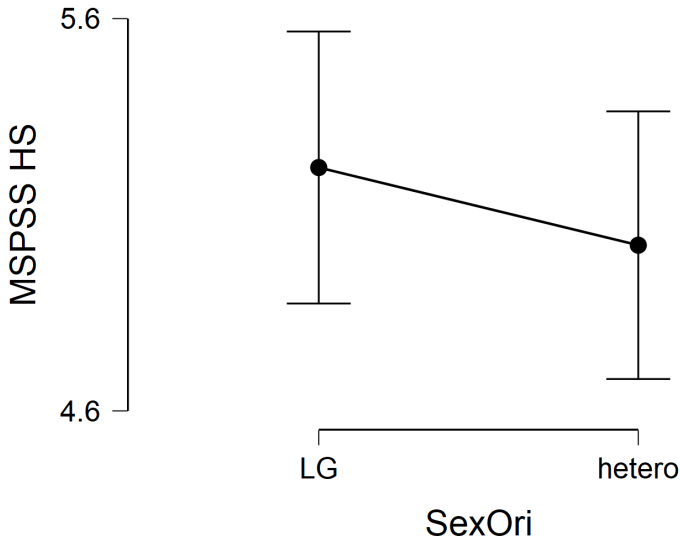
VH1:



VH2a:



VH2b:



VH3:

